



**UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA**  
**TESIS**

**“PATOLOGIAS MAS FRECUENTES DIAGNOSTICADAS POR  
ECOGRAFIAS OBSTETRICA EN LA PRIMERA MITAD DEL  
EMBARAZO EN EL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO  
VALDIZÁN MEDRANO. ENERO A JUNIO 2017”**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA  
ESPECIALISTA PROFESIONAL  
MENCIÓN MONITOREO FETAL Y ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA**

**AUTOR**

Mary Luz, GARCIA PONCE

**ASESOR**

*Dra. Julia Palacios Zevallos*

**HUÁNUCO – PERÚ**

**2019**



## ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

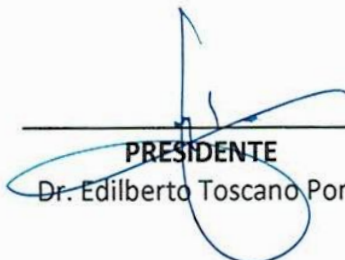
En la ciudad de Huánuco siendo las 10:00 horas del día 11 del mes de ABRIL en cumplimiento de lo señalado en el Reglamento de Títulos de la Segunda Especialidad, de Ciencias de la Salud de la Universidad de Huánuco, se reunió el jurado calificador integrado por los siguientes docentes: Dr. Edilberto Toscano Poma, **Presidente**, Obs. Esp. Maricela Marcelo Armas, **Secretaria**, Obst. Esp. Marisol Sinche Alejandro, **Vocal**.

Nombrados mediante Resolución N° 1369-2018-D-FCS-UDH de fecha 14 de octubre del 2018, para evaluar la Tesis intitulada: **"PATOLOGÍAS MAS FRECUENTES DIAGNOSTICADAS POR ECOGRAFÍAS OBSTETRICA EN LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO EN EL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO. ENERO A JUNIO 2017"**, presentado por doña: **Mary Luz GARCIA PONCE**, para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional mención en Monitoreo Fetal y Ecografía Obstétrica.

Dicho acto de sustentación se desarrolló en dos etapas: Exposición y absolución de preguntas; procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del jurado.

Habiendo absuelto las interrogantes formuladas por los miembros del Jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándolo (a) APROBADA Por UNANIMIDAD con el calificativo cuantitativo de 17 y cualitativo de MUY BUENO.

Siendo las 11:20 horas del día 11 del mes de ABRIL del año 2019, los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.

  
\_\_\_\_\_  
**PRESIDENTE**  
Dr. Edilberto Toscano Poma

  
\_\_\_\_\_

**SECRETARIA**

Obst. Esp. Maricela Marcelo Armas

  
\_\_\_\_\_

**VOCAL**

Obst. Esp. Marisol Sinche Alejandro

## **DEDICATORIA**

La presente tesis se lo dedico a mi familia,  
quienes han creído en mí siempre,  
dándome ejemplos de superación,  
humildad y sacrificio, enseñándome a  
valorar todo lo que tengo,

**La Autora**

## **AGRADECIMIENTO**

A la primera persona que quiero agradecer es a mi esposo por su amor, confianza para el logro de realizarme profesionalmente.

A mi mama, por ser un ejemplo de perseverancia, y desarrollarme como persona

**La Autora**

## INDICE DE CONTENIDO

	<b>Pág.</b>
<b>DEDICATORIA</b>	<b>ii</b>
<b>AGRADECIMIENTO</b>	<b>iii</b>
<b>INDICE</b>	<b>iv</b>
<b>RESUMEN</b>	<b>vi</b>
<b>SUMMARY</b>	<b>vii</b>
 <b>CAPITULO I</b>	
<b>1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.</b>	<b>8</b>
1.1. Descripción del problema	8
1.2. Formulación del problema.	9
1.3. Objetivo General	9
1.4. Objetivos Específicos	10
1.5. Trascendencia teórica y académica	10
 <b>CAPITULO II</b>	
<b>2. MARCO TEORICO</b>	<b>11</b>
2.1. Antecedentes de la investigación	11
2.1.1. Antecedentes inmediatos	11
2.1.2. Antecedentes Históricos	17
2.2. Base Teórica	18
2.3. Definiciones conceptuales	22
2.4. Sistema de variables	32
- Variable Dependiente	
- Variable Independiente	
2.5. Operacionalización de variables	33
 <b>CAPITULO III</b>	
<b>3. MARCO METODOLOGICO</b>	<b>35</b>
3.1. Tipo de investigación	35
3.1.1. Enfoque	35

3.1.2. Alcance o Nivel	35
3.1.3. Diseño	35
3.2. Población y muestra	35
3.3. Técnicas e instrumentación	35
3.3.1. Actividades	38
3.3.2. Fuentes,	38
3.4. Técnicas para el procesamiento y análisis	38
<b>CAPITULO IV</b>	
4. RESULTADOS	39
4.1. Relatos y Descripción de la Realidad Observada	39
4.2. Conjunto de Argumentos Organizados	54
5. DISCUSIÓN	58
6. CONCLUSIONES	59
7. RECOMENDACIONES	60
8. REFERERENCIA BIBLIOGRAFICAS	51
ANEXOS	68

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar las patologías más frecuentes diagnosticadas por ecografía obstétrica en la primera mitad del embarazo, en grávidas atendidas - Hospital Regional Hermilio "Valdizan Medrano"- Huánuco. Enero-Junio 2017

**Metodología:** Estudio descriptivo, transversal retrospectivo. La población fue de 1006 en grávidas atendidas - Hospital Regional Hermilio "Valdizan Medrano", Huánuco, con ecografía de control en la primera mitad del embarazo. Muestra conformada por 136 grávidas que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

**Resultados:** Según las características socio demográficas, de 25 - 29 años es la más frecuente con un 22.1%, seguido de 30 - 34 con un 19.9, presentando la de menos frecuencia de 12 a 14 años un 0.7%. la procedencia de las pacientes evaluadas existe una mayoría de origen rural con un 50.7% y de origen urbano con un 49.3, en cuanto a grado de instrucción, el 25% presentan secundaria completa, seguido del 23.5 con secundaria incompleta seguido del 20.6%, seguido las estudiantes con un 13.2%, con 5.9% Según estado civil presenta con un 63.5% convientes, Según tipo de aseguramiento el 89.0 son afiliadas al SIS, seguido con un 10.3. La paridad, se presenta con un 33.8% las multípara, según el periodo intergenesico se presenta con mayor frecuencia con 34.6% PIG largo%. en cuando a abortos previos con mayor frecuencia de 71.3% en gestantes sin ningún aborto, . En relación a las terminaciones del embarazo anterior con un 59.6% con parto vaginal, En cuanto al numero de APN el 75% no tubo APN. La frecuencia de **patologías** según edad gestacional se presenta con un 11.0% con 6 semanas, seguido de 9.6% con 10 semanas, y con un 8.1% para 5,7,8 semanas, siendo estas las más saltantes, y con menor frecuencia las semanas 20 y 21 con un 1.5% respectivamente. Según edad gestacional el aborto incompleto es el más frecuente con 69.8% para 13 a 21 semanas y de 65.9% para menores de 12 semanas de edad gestacional,

**Conclusiones:** Las patologías atendidas en el Hospital tiene relevancia el antecedente de la edad, sustentando que la frecuencia mayor está en edades no consideradas de riesgo. La ocupación si determina la frecuencia de patologías que es mayor en ama de casa, la característica obstétrica si determina el riesgo de patologías. La paridad el Periodo Intergenésico largo si determina riesgo, la procedencia no es un determinante concluyente de riesgo. En cuando a la mayor frecuencia de patologías es el aborto inminente

**Palabras clave:** Ecografía obstétrica, Patología de la primera mitad del embarazo.

## SUMMARY

**Objective:** To determine the most common disease diagnosed by obstetric ultrasound in the first half of pregnancy, in patients attended at the Hermilio Valdizan Medrano Huánuco Regional Hospital. January-June 2017

**Methodology:** Descriptive, cross-sectional retrospective study. The population was 1006 pregnant women attended at the Hermilio Valdizan Regional Hospital, Huánuco, with control ultrasound in the first half of pregnancy. Sample consists of 136 pregnant women who met the inclusion and exclusion criteria.

**Results:** According to socio-demographic characteristics, from 25 - 29 years with a frequency 22.1%, followed by 30 to 34 years with a 19.9, with the least frequent of 12 to 14 years presenting 0.7%. the provenance of the evaluated patients there is a majority of rural origin with 50.7% and urban origin with a 49.3, in terms of educational level, 25% have complete secondary, followed by 23.5 with incomplete secondary followed by 20.6%, followed students with a 13.2%, with 5.9% According to civil status presents with 63.5% convientes, According to insurance type 89.0 are affiliated to the SIS, followed with a 10.3. The parity is presented with 33.8% of the multiparous, according to the intergenic period it occurs more frequently with 34.6% PIG long%. as for previous abortions with a greater frequency of 71.3% in pregnant women without any abortion,. In relation to the terminations of the previous pregnancy with a 59.6% with vaginal delivery, as for the number of APN 75% does not tube APN. The frequency of pathologies according to gestational age is presented with 11.0% with 6 weeks, followed by 9.6% with 10 weeks, and with 8.1% for 5.7.8 weeks, these being the most salient, and less frequently the weeks 20 and 21 with 1.5% respectively. According to gestational age, incomplete abortion is most frequent with 69.8% for 13 to 21 weeks and 65.9% for children under

**Conclusions:** The pathologies treated in the Hospital are relevant to the antecedent of age, supporting that the highest frequency is in ages not considered at risk. If the occupation determines the frequency of pathologies that is greater in housewives, the obstetric characteristic determines the risk of pathologies. The parity of the long Intergenic Period if it determines risk, the origin is not a conclusive determinant of risk. When the most frequent pathologies is the imminent abortion

**Keywords:** Obstetric ultrasound, Pathology of the first half of pregnancy.



## **CAPITULO I**

### **1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

#### **1.1. Descripción del problema**

Según la (OMS), se conoce por embarazo el proceso mediante el cual el feto crece y se desarrolla in útero, este periodo se inicia posterior a la implantación, cuando el embrión se adhiere a la pared del útero y finaliza con el parto. En el transcurso de este periodo la mujer presenta cambios metabólicos y morfológicos encaminados a proteger, alimentar y el desarrollo del feto. (1)

La ecografía ha marcado un antes y un después en el control del embarazo, se conoce como la prueba prenatal más importante por la cantidad de información que es capaz de ofrecer. Gracias a la ecografía en el embarazo se puede evaluar el desarrollo del feto desde el punto de vista médico. La ecográfica comenzó a usar en la década de los 70 como una prueba y ha ido experimentando un gran avance hasta el día de hoy. (1)

Para el diagnostico de patologías hemorrágicas y complicaciones del primer trimestre se requiere solicitar ecografía. (28)

La ecografía permite detectar malformaciones congénitas evaluando el desarrollo anatómico de feto, crecimiento, posición, calcular la edad gestacional, observando el estado de la placenta determinar los latidos fetales, observando la madures de la placenta, determinar latidos cardiacos fetales observar el líquido amniótico, estimar peso fetal y determinar la patogenia del embarazo. (1)

La ecografía o ultrasonido, es una técnica de diagnóstico en el embarazo, que permite ver órganos y estructuras blandas del cuerpo del feto por medio de ondas electromagnéticas acústicas o sonoras que son emitidas por el traductor y gel que sirve como transmisor el

cual capta el eco de diferentes amplitudes que generan al rebotar en los diversos órganos y estas señales procesas por un computador dando como resultado imágenes de los tejidos examinados del feto o embrión (1)

La ecografía es un procedimiento sencillo, no invasivo en el que no se emplee la radiación, se ha convertido en un electo diagnostico indispensable en la parte práctica de la obstetricia; es inocua y gracias al efecto Doppler se puede estudiar la velocidad de los fluidos. (1)

El embarazo de riesgo se recomienda hacer al menos 3 ecografías en primer, segundo y tercer trimestre; habitualmente se hacen a las 12, 24 y 34 semanas respectivamente. (1)

La ecografía obstétrica es la herramienta principal recomendada por la (OPS); para la detección y monitoreada anomalías cerebrales, fetales y neonatales (19)

## **1.2. Formulación del problema.**

**¿Cuáles son las patologías más frecuentes diagnosticadas por ecografía obstétrica durante la primera mitad del embarazo en el hospital regional Hermilio Valdizan Medrano - Huánuco - enero a junio – 2017?**

## **1.3. Objetivo General**

Determinar las patologías más frecuentes diagnosticados por ecografía obstétrica durante la primera mitad del embarazo en el hospital regional Hermilio Valdizan - Huánuco - enero a junio – 2017

#### **1.4. Objetivos Específicos**

1. Determinar las características clínicas de las gestantes con patologías diagnosticadas por ecografía obstétrica
2. Establecer las características personales de las gestantes con patologías diagnosticadas por ecografía obstétrica
3. Identificar las características obstétricas de las gestantes con patologías diagnosticadas por ecografía obstétrica

#### **1.5. Trascendencia Teórica y académica**

El presente trabajo constituye un aporte al conocimiento o esta área de la medicina, siendo relevante académicamente. Se va a generar estadísticas de las patologías diagnosticadas por ecografías en la primera mitad del embarazo. También tendrá relevancia técnica, porque los resultados obtenidos de la investigación serán proporcionados a la alta dirección y permitirá mejorar el manejo de complicaciones durante el embarazo en las mujeres de edad fértil.

## **CAPITULO II**

### **2. MARCO TEORICO**

#### **2.1 Antecedentes de la investigación**

##### **2.1.1 Antecedentes inmediatos**

###### **a) Nivel internacional**

1.- Guamán mizhirumbay, Ana lucia Lázaro Alvares, Jorge Aníbal en Ecuador (Cuenca) en el año 2016” realizo un estudio: “características de la enfermedad trofoblástica en pacientes del área de ginecoobstetricia del Hospital Vicente con en el periodo comprendido entre enero del 2010 y enero del 2015”. La edad de las pacientes con enfermedad trofoblástica gestacional se encuentra en el rango comprendido entre los 21 y 30 años con una media de edad de 26.96 años. la edad gestacional al durante el diagnóstico estuvo entre las 9 y 13 semanas con una media de 12.14 semanas la mayoría de los casos estudiados no presentaron condiciones previas relkaci0onadas con la enfermedad trofoblástica gestacional. El sangrado transvaginal y el dolor abdominal se encontraron más del 50% de los casos al realizar el examen clínico. La historia clínica, ecografía y BHCG en conjunto fueron los medios usados para el diagnóstico. La aspiración manual Endouterina fue el tratamiento más utilizado. (3)

2.- Rivera Navia, María José. Pintado Abad, Sara Vanesa en ecuador Guayaquil en el año 2017, realizo un estudio: “Frecuencia y factores de riesgo de aborto en mujeres de 20 a 40 años, en el hospital mariana de Jesús, durante el periodo de enero y febrero del 2017”. El grupo atareo más frecuente fue entre las edades de 20 a 25 años en un 46% con un total de 42 pacientes. Las pacientes que poseen un antecedente patológico personal representan un 31% que es significativo para considerar un factor de riesgo para que se produzca un aborto. El tener un antecedente ginecológico no condiciona

de manera notable a la aparición de un aborto, con un 17% de las pacientes que presentaron alguno. La edad gestacional más frecuente fue menos de 12 semanas con un 79% de las pacientes. El 65% de las pacientes reporto el aborto fue en la primera gestación. El 91% de las atendidas, no tuvieron complicaciones del aborto. (21)

3.- M.C. Margarita Mendoza, Juárez María Eugenia, Toluca, México en el año 2012. "Morbilidad y mortalidad en hemorragia obstétrica en el hospital de ginecología y obstetricia, instituto materno infantil del estado de México, IMIEM, en el periodo comprendido del 01 de julio 2011 al 01 de agosto 2012" Refiere que: "La ecografía es hoy en día el diagnóstico principal con un valor predictivo positivo del 93%." (22)

4.- Ayuso Velasco, Rafael en España (Badajoz)" utilidad de la ecografía fetal de las 20 semanas para el diagnóstico y manejo de las anomalías congénitas en el área de salud de Badajoz" 2013

La incidencia de las alteraciones ecográficas fetales detectadas en el total de la muestra en nuestro hospital (6.21%), es comparable a lo portado en el ámbito de otros países de nuestro entorno. La evolución de las patologías detectadas y estudiadas en el feto es favorable en un gran porcentaje de ellas, sobre todo en las dilataciones pélvicas y los quistes de plexo coroideos. El índice de detección de la ecografía prenatal a las 20 semanas de gestación para las malformaciones congénitas confirmadas al nacimiento fue de 34.9%. aún reconocido la utilidad de la ecografía prenatal para la detección de defectos congénitos, los falsos positivos y la evolución favorable en un porcentaje alto de fetos, nos debe hacer prudentes al asesorar a los padres sobre la

decisión de proseguir con el embarazo o tomar otras determinaciones (2)

**b) A nivel nacional**

1.- Suarez Bendezú, Karla Valery en el Perú (Lima) en el año 2016 realizo un estudio “patologías más frecuentes diagnosticadas por ecografía obstétrica en la primera mitad del embarazo en pacientes atendidas en la institución prestadora de servicio de salud -Jesús maría. Es salud, enero – marzo 2015”(4)

- Con respecto a las características personales de los participantes prevaleció el grupo etáreo de 30 a 40 años en gestantes menores de 12 semanas y mayor de 13 a 20; el estado civil de mayor frecuencia fue conviviente en gestante con mayor a 12 semanas y casado para gestantes de mayor de 13 a 20 semanas. En relación con las características obstétricas destaco en relación a la paridad, las primíparas en gestantes de menor de 12 semanas, mientras que fueron loas nulíparas en las gestantes mayores de 13 a 20 semanas. El total de las gestantes menores de 12 semanas iniciaron el control prenatal antes de las 12 semanas, aunque por mínima diferencia en relación con las gestantes de mayor de 13 a 20 semanas.
- En cuanto a las patologías mas frecuentes diagnosticas da por ecográfica; el tipo de hematoma más frecuente en gestante menor de 12 años fue retrocorial y en gestantes de 13 a 20 semanas fue hematoma retro placentario. Se presente inserción de placenta posterior y anterior en ambos grupos. En cuanto al diagnóstico de mioma que predomino fue el intramural en menores de 12 semanas, mientras que el subseroso y sub mucoso solo se presentaron en menores de 12 semanas. También se encontró un quiste luteico en gestación menor de 12 semanas (2)

2.- Ramírez Barrera, Zarella Roxana en el Perú (lima) en el año 2017 realizo un estudio “Indicadores ecográficos asociadas al desarrollo del aborto espontaneo durante el primer trimestre de gestación en el servicio de ginecología y obstetricia del hospital II Ramon Castilla , enero – junio 2016”. La incidencia de aborto fue del 19.4% (35 personas que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión). Se encontró que la edad materna mayor igual 35 años aumenta el riesgo de presentar un aborto espontaneo posterior en este estudio se demuestra la asociación directa de tener como antecedente abortos previos con el riesgo de que este evento vuelva ocurrir.

En relación a los indicadores ecográficos, existe asociación de los indicadores geográficos: medida de saco gestacional (DGG), latidos cardiacos fetales (LCF). El indicador ecográfico hematoma retrocorial presento asociación con el desarrollo posterior del aborto espontáneo (5)

3.-León Noreña, Juan Carlos en Perú (Trujillo) en el año 2015 realizo un estudio:” Sensibilidad Diagnostica de la ultrasonografía en pacientes con aborto ¿incompleto en hospital Belén de Trujillo en el año 2015”. La sensibilidad de los hallazgos ecográficos en el diagnóstico de aborto incompleto fue de 98%. El valor predictivo negativo de la ultrasonografía transvaginal en el diagnóstico de aborto incompleto fue de 83%. No se apreciaron diferencias significativas entre los grupos de estudio en relación con edad, grado de instrucción y estado civil. La distribución de los hallazgos anatomopatológicas en pacientes con sospecha de aborto incompleto fue 93% y no aborto 7% (6)

4.- Lozano Pilco, Brandy en Perú (Loreto) en el año 2016 realizo un estudio “Prevalencia de aborto incompleto en mujeres de 15- 35 años atendidas en el hospital regional de Loreto de enero a noviembre del 2016”. En los exámenes complementarios encontramos estudios de imagen o

radiológicos y pruebas hormonales, el ultrasonido transvaginal es posible la visualización del saco gestacional desde las 4,5 semanas, con la ecografía abdominal o ultrasonido abdominal se puede observar el saco gestacional desde las 5,5 semanas. Existen criterios mayores para la interpretación del ultrasonido, como la ausencia del embrión en el saco de al menos 25 mm, con una sensibilidad del 29% y una especificidad del 99%. Y existen criterios menores como una reacción decidual menor a 2 mm, con una sensibilidad del 28% y especificidad de 99%. (23)

### **c) A nivel Regional**

1.- Huranga Yalico Esmeralda en Perú (Huánuco) 2013 “Cérvicometría ecográfica como valor predictivo en amenaza de parto pretérmino en edad gestacional de 24 a 34 semanas. Centro de salud Carlos Showing Ferrar. Amarili.2013”. en las características generales de la gestante con amenaza pretérmino en edad gestacional de 24 a 34 semanas, conocimos una lata frecuencia en la edad adulta, escolaridad de secundaria, estado civil conviviente y procedencia urbana. En las características obstétricas identificamos un porcentaje elevado en: paridad múltipara; gestación multigesta; edad gestacional de 29 a 34 semanas, clasificada en prematuro. En los factores de riesgo identificamos un porcentaje mayoritario en: gestante controlada, si tuviera un tracto urinario, no tuvieron enfermedad hipertensiva del embarazo, no hubo presencia de flujo vaginal, no se presentaron infecciones intestinales, no hubo antecedentes de parto pretérmino, tampoco antecedentes de cirugía cervical, no tuvieron embarazo múltiple, tampoco polidramnios; el índice de masa corporal se identificó como normal en un 50%. Clasificamos a las gestantes como longitud cervical menor a 2.5 cm medidos por ecografía, siendo la siguiente: prueba positiva 24 paciente y prueba negativa 3 pacientes.



Calculamos la sensibilidad de la cervicometría en amenazado parto pretérmino en edad gestación de 24 a 34 semanas, siendo 0.47, teniendo como valides como prueba diagnóstica. Calculamos la especificidad de la cervicometría, siendo 0.58, cuando más cerca a la unidad tiene mayor validez como prueba diagnóstica. El valor predictivo fue positivo porque se presentó como resultado una prueba positiva el cálculo y según la curva de RUC al 100%, haciendo una prueba confiable con el resultado obtenido de 24 gestantes de las 27 que se diagnosticaron como amenaza de parto pretérmino con las cervicometría ecográfica de menor de 2.5 cm de longitud cervical, quienes evolucionaron a un parto pretérmino. (7)

2.- Fonseca Huanca Dora. Perú (Huánuco) “Valoración de la ecografía obstétrica para el diagnóstico de circular de cordón en gestantes que acuden al hospital regional Herminio Valdizan Medrano 2015”. Se pudo hallar que el 60% tuvieron una procedencia de zona urbana, un 28% de zonas rurales, 50% fueron multípara, 42.9% fueron nulíparas, 7% fueron gran multíparas. A la presencia de circular de cordón el 57.7% presentaron circular de cordón y el 49. No presentaron circular de cordón. Tipo de circular de cordón: de 57.1% de población con circular, el 50% presentaron circular en le cuello, con 7.14% presentaron circular de cordón en el cuerpo fetal y un 42.9 no presentaron circular de cordón. El 32% presentaron circular de cordón doble. El 24.3% presentaron circular simple. (8)

3.- Contreras Apolinario, Aquemi Sauri, en Perú Huánuco “Principales patologías Gineco obstétricas en pacientes atendidas en el servicio de emergencia gineco obstétrica del HRHVM Huánuco abril- setiembre 2016” En relación a las patologías más frecuentes que se atendieron dentro de las emergencias obstétricas estuvo las del trabajo de parto, las cesareadas anteriores, pacientes con aborto incompleto, las

pre eclampsias leves entre otras; mientras que dentro de las emergencias ginecológicas que más prevalecieron estuvo la HUD, los quistes ováricos y los embarazos ectópicos. (24)

### **2.1.2 Antecedentes Históricos**

En 1969 se desarrollaron los primeros transductores transvaginal es bidimensionales, que rebotan 360 grados y fueron usados por Kratochwil para evaluar la desproporción cefalopélvica.

En 1970 el doctor Elio Quirós Díaz se enteró de esta nueva tecnología que aparecía: el ultrasonido diagnóstico (ecografía) que, usando ondas de sonido, servía para observar el interior del cuerpo humano. Me llamó la atención y fui a varias presentaciones. Era sencillo, era inocuo, no había contraindicaciones, no había radiación ionizante.

Tras su entrenamiento en Inglaterra, el doctor Elio Quirós Díaz trajo a fines de 1978 la ecografía, Revolucionó el campo del diagnóstico, pues antes solo había dos alternativas: las radiografías y la gammagrafía. Pero ambas eran muy limitadas, porque mientras los rayos X atravesaban los tejidos blandos (el hígado, músculos, pulmones no se distinguían, se veían como sombras), para la gammagrafía se trabajaba con radiación. Cuando llevo la máquina a la Maternidad de Lima, se quedaron sorprendidos. Había entre 6 y 10 camillas con pacientes difíciles, pues los especialistas no sabían qué problemas tenían. Por ejemplo, una gestante estaba en observación porque se había pasado de su fecha por un mes. La examino y con el ultrasonido pude tomar dos parámetros que hasta ahora son básicos para saber la edad de un feto: la medida biparietal y la longitud del fémur. Les dije que no se habían pasado, sino que faltaban una o dos semanas. Dos semanas después, al ver al bebe sano, ya no tuvieron más dudas. Lo mismo pasó cuando lo usé para examinar vesículas y más.

La ecografía es muy relacionada con la ginecoobstetricia, sobre todo porque antes de su llegada no se podía saber si era una gestación múltiple o el sexo del feto, sino hasta el momento mismo del parto

El Comercio Bruno Ortiz Bisso 29.12.2017 / 12:24 pm

<https://elcomercio.pe/tecnologia/ciencias/ecografias-ultrasonido-aniversario-elio-quiros-peru-noticia-485016>

## 2.2 Bases Teóricas

El advenimiento de la ecografía en la medicina fetal constituye una de las herramientas más importantes para el diagnóstico prenatal el resumen ecográfico de la anatomía fetal permite detectar patologías diversas durante el embarazo. En la primera mitad del siglo XIX (1803-1863) el físico matemático austriaco Christian Andreas Doppler, presento su trabajo (el efecto Doppler). Observando las propiedades es de la luz en movimiento, que eran aplicables del ultra sonido; sobre la base d este estudio los japoneses 100 años más tarde desarrollaron l aplicación del “efecto Doppler” en ultra sonido.

El ultrasonido es inocuo y seguro. La ecografía utiliza ondas mecánicas a diferencia de la radiología que utiliza ondas electromagnéticas (ondas ionizantes que afectan a nivel molecular y anatómico. (1)

En 1881 Jacques, Pierre y Currie, experimentaron la aplicación de un campo eléctrico y tormalino, los cuales produjeron ondas sonoras. En 1957 el Dr. Ronal inicio los estudios obstétricos a partir de ecos a provenientes del cráneo fetal y se desarrollaron también en ese entonces los calípers (cursores electrónicos). En 1959 IANN DONAL profesor de gineco obstetricia de la universidad de Glasgow, aplico principios ya estudiados de ultrasonido para obtener mediciones de cráneos fetales, lo cual inicio investigaciones posteriores sobr é crecimiento fetal, (1)

En 1960, Donal desarrollo el primer escáner automático y en ese mismo año Hoy introdujo el uso del transductor sectorial mecánico.(1)

En 1962, Hames produjo un escáner que oscilaba 5 veces por segundo sobre la piel de paciente , permitiendo ver una imagen en tiempo real y rudimentaria(1)

En 1963, un grupo de urólogos japoneses reporto examen ultrasónico de la próstata en el A-MODE. En 1960 la técnica Doppler fue utilizado para estudiar las carótidas con gran aplicación en neurología.

En 1965, la firma austriaca kretztechnik y el oftalmólogo Werner boshman fabricaron un traductor de 10 elementos dispuesto en fa para examinar los ojos y su arteria.

En1967 se inicia el desarrollo de A-MODE par a detectar el corazón embrionario a los 32 días de fertilización. (1)

En 1969 se desarrollaron los primeros transductores bidimensionales utilizados por krataxh wil p kretztechnik ar evaluar la desproporción cefálica pélvica

En 1970 kretztechnik comenzó a utilizar el ultrasonido para valorar la próstata.

En 1982 Alorca anunció el desarrollo del Doppler a color e imagen bidimensional que permitió visualizar en tiempo real el color y flujo sanguíneo.

En el Siglo XX la ecografía como herramienta inocua y de bajo costo permite evaluar las gestaciones desde sus inicio, con la intención de diagnosticar tempranamente posible complicaciones, que pueda poner en riesgo al binomio madre hijo; determinar múltiples patologías asociadas con mal pronóstico del embarazo durante el primer trimestre del mismo (8)

Según la Gineco-Obstetra, Alvares Meza Carolina docente de la universidad de Antioquia en su descripción Hemorragias del primer trimestre menciona que la mola hidatidiforme, ocurre en 1 de cada 1000 - 2000 embarazos, puede ser parcial o completa. La mola hidatidiforme completa es la más común. En la ecografía se observa la presencia de material ecogénico mixto, amorfo, intrauterino en el primer trimestre (tormenta de nieve) y la ausencia de embrión. Sin embargo, sólo un poco más de la mitad presentan esta apariencia típica, el resto pueden manifestarse como un embarazo amembrionado, aborto incompleto o endometrio heterogéneo. El hallazgo ecográfico sumado a la elevación de  $\beta$ HCG para la edad gestacional son altamente sugestivos de embarazo molar, pero el diagnóstico definitivo es por patología.(41)

Según López Ortín, Pablo. Yepes Carrillo, Ángeles. García Andrés, María Remedios. López Vázquez, Cristina. García Ré, María Elvira. Costa Andreo, Miguel. Diagnóstico, clínica y evolución de hematoma subamniótico de gran tamaño a propósito de un caso clínico- Hospital Rafael Méndez. Lorca. En su introducción refieren que el hematoma placentario es una entidad que aparece como hallazgo ecográfico tanto asintomático como asociado a metrorragia con una incidencia de entre el 0,46% y 39,5%. En donde menciona como discusión del caso que los hematomas subamnióticos son la consecuencia de una ruptura de vasos fetales a la superficie placentarias. Se trata de un hallazgo ecográfico muy infrecuente. Se define como imagen es una masa sólida ovalada hipoeecogénica no superior a 10 cm. Es importante hacer un buen diagnóstico diferencial con el corioangioma, teniendo este último mapa Doppler. El manejo requiere un control de bienestar fetal descartando anemia aguda y controles cada 15 días valorando involución del mismo y monitorización del crecimiento fetal mensual. (42)

Según Gonzales Rivera, Catalina para el diagnóstico de amenaza de aborto se puede hacer una ecografía abdominal o vaginal para verificar el desarrollo del bebé, los latidos cardíacos y

la cantidad de sangrado. Ésta tiene la capacidad de establecer de manera rápida y exacta si un feto está vivo o no, y de predecir si un embarazo tiene posibilidades de continuar cuando hay hemorragias. En ámbitos donde está disponible, esta capacidad se procede al cuidado de las mujeres con amenaza de aborto espontáneo en el primer trimestre de embarazo. (43)

Dra. Mirtha Martínez, Dr. Osvaldo Martínez, Dr. Carlos Raúl, y Dr. Roberto López Fernández, El propósito de esta revisión es presentar los antecedentes gineco obstétricos, el diagnóstico y el tratamiento de 143 mujeres con embarazo ectópico atendidas en nuestra Primera Cátedra de Clínica Quirúrgica y Cátedra de Clínica Obstétrica en el período comprendido entre 1991 y 1996. La edad osciló entre 13 a 44 años. Los antecedentes gineco obstétricos más importantes fueron: abortos (38 %), leucorrea crónica (20 %), cesárea (8 %) embarazo ectópico previo (7 %), enfermedad pélvica inflamatoria (3 %), y dispositivos intrauterinos (DIU) (3 %). El 38 % no tuvo ningún antecedente. El diagnóstico se basó principalmente en la clínica en 12 % de los casos, en la clínica y la ecografía en 30 %; en la clínica y la culdocentesis en 28 %, y en la clínica, la ecografía y la culdocentesis en 25 %. La ecografía fue negativa en 5 %, y la culdocentesis también en 5 %. La localización tubárica fue la más frecuente (99 %), porción ampular en 86 % e istmo en 12 %. En conclusión, el embarazo ectópico es una verdadera emergencia. La asociación de la ecografía, la culdocentesis y la clínica permite un alto grado de certeza diagnóstica. Se recomienda cirugía conservadora para mujeres infértiles y nulíparas. (44)

Dres. Anna Bonino, Paula Gómez, Laura Cetraro, Gonzalo Etcheverry, Walter Pérez en el resumen, Las malformaciones congénitas constituyen un problema en los países en desarrollo en la medida que las causas de morbilidad infantil de otras etiologías están siendo controladas. Uruguay ocupa el tercer lugar en América Latina y el Caribe en mortalidad infantil por malformaciones congénitas.

El objetivo de este trabajo fue determinar la incidencia de las malformaciones congénitas en la maternidad del Hospital Británico y analizar sus principales características. La incidencia fue de 12/1.000 nacidos vivos. Los defectos más frecuentes fueron relacionada al aparato genitourinario, cardiopatías congénitas, esqueléticas y más alejado aparato digestivo y sistema nervioso central (SNC). En 10 de los niños se observó una malformación mayor y cuatro pacientes presentaban asociación malformativa. La ecografía prenatal fue de utilidad para el diagnóstico de malformación fetal en la mitad de los embarazos. La frecuencia hallada es inferior a lo informado por ECLAMC para nuestro país (45)

### **2.3 Definiciones conceptuales**

**EMBARAZO.** - según la OMS el embarazo son los nueve meses durante los cuales el feto se desarrolla en el útero de la mujer. El embarazo comienza posterior a la implantación, que es un proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito al endometrio del útero 5 o 6 días de la fecundación.

El año 2007 el comité de aspectos éticos de la reproducción humana y la salud de las mujeres de (FIGO) definió el embarazo como: la parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación, se inicia en el momento de la anidación y termina con el parto.

**PATOLOGIA.** - La real academia española RAE presenta 2 significados: A una la presenta como la rama de la medicina que se enfoca en las enfermedades del ser humano y B el grupo de síntomas asociadas a una determinada dolencia.

La patología es una rama de la medicina que se ocupa del estudio de las enfermedades. Comprende principalmente la búsqueda de sus causas, factores desencadenantes o factores que los favorecen, así como el pronóstico con objetivo final de tender la mejor manera de cómo tratarlas o prevenibles (20)

**ECOGRAFIA OBSTETRICA.-** es el examen ultrasonográfico utilizada en la evaluación del embrión o del feto en su habidad natural (dentro del útero)

Puede utilizar la vía vaginal y transvaginal según la edad gestacional. - el examen es considerado inocuo para el embrión y/o feto, puesto que no es un examen que utiliza radios ionizantes

**ABORTO.** - Según la OMS (Organización mundial de la Salud). es la expulsión o extracción de un feto o embrión de su madre cuyo peso de 500 gr o menos. Según el ROYAL COLLEGE de obstetricia y ginecología. El aborto puede definirse. - como la pérdida del embarazo antes de la 24 semana de gestación

**EMBARAZO ETOPICO.-** Después de la fecundación y el tránsito por las trompas de Falopio, lo normal es que el blastocito se implante en el recubrimiento endometrial de la cavidad uterina. la implantación en cualquier otro sitio se considera ectópico y representa el 1 a 2% de todos los embarazos. la ampolla del útero es el sitio más frecuente de embarazo ectópico, seguido del istmo(10)

**MOLA.-** El termino enfermedad trofoblástica gestacional (GTD), se utiliza para describir a un grupo de trastornos caracterizada por una proliferación anormal de trofoblasto. Los datos histológicos típicos del embarazo molar son la presencia de edema del estroma Belloso proliferación trofoblástica. (10)

### **2.3.2 Aspectos conceptuales sobre patologías más frecuentes diagnosticados por ecografía.**

#### **2.3.2.1 Ecografía obstétrica**

Examen ultrasonográfico utilizada en la evaluación del embrión o del feto en su habidad natural (dentro del útero)

Puede utilizar la vía vaginal y transvaginal de acuerdo a la edad gestacional, el examen es considerado inocuo para el embrión y/o feto, puesto que no es un examen que utiliza radios ionizantes.



La ecografía obstétrica está indicada en:

- Evidenciar la existencia de un embrión/feto vivo
- Medir el tiempo del embarazo
- Diagnosticar malformaciones congénitas
- Valorar la posición del feto
- Valoración la maduración de la placenta
- Determinar si es un embarazo múltiple (gemelar).

#### **2.3.2.2 Aborto.-**

Es la interrupción espontánea provocada del embarazo antes de las 20 semanas de gravidez, con un peso del producto de la gestación inferior a 500 g.

##### **A. División del aborto**

###### **Según origen:**

###### **a) Aborto Espontaneo.**

Se producen sin la intervención de circunstancias que interfieran artificialmente en la evolución de la gestación.

###### **b) Aborto Provocado.-**

Son aquellos abortos en los que se induce premeditadamente el término del embarazo

###### **Según la época de gestación:**

###### **a) Precoz.**

Menor de 12 semanas

###### **b) Tardío.**

12 semanas o más.

## **B. Etiología.**

### **a) Causas Ovulares.**

Debido a un desarrollo embriológico anormal o causa de factores hereditarios o defectos cromosómicos adquiridos.

### **b) Causas Maternas Orgánicas**

#### **a. Enfermedades generales**

Enfermedades como Lúes, tuberculosis grave, toxoplasmosis, enfermedad de Chagas

#### **b. Enfermedades locales**

Las organopsatías genitales o extragenitales tales como: infecciones genitales, tumores, displacias, hipoplasias, desgarros cervicales con deficiencia contenido del huevo, malformaciones uterinas, sinequias, incompetencia del orificio del cuello, etc.

#### **c. Causas funcionales**

Trastornos metabólicos (diabetes) y las endocrinopatías ya sea extragonadales (distiroidismo) o gonadales (alteraciones ovario, del trofoblasto o de la placenta)

#### **d. Causas inmunológicas**

Del tipo autoinmune; síndrome de anticuerpos anti fosfolípidos, anticuerpos antinucleares débilmente positivos.

#### **e. Causas psicodinámicas**

Se incluyen aquí a pacientes infértiles, clínicamente sanas en las que profundas traumas emocionales conscientes o subconscientes

#### **f. Causas de origen toxico.**

Intoxicaciones con metales pesados,

g. Causas de origen carencial

Deficiencias nutricionales totales o parciales)  
proteínas, hidratos de carbonos, grasas,  
vitaminas, minerales, etc.

**C. Sintomatología y formas clínicas.**

**a) Amenaza de aborto.**

Se caracteriza mujer con signos de embarazo, con amenorrea previa y un útero con características propias del embarazo y de tamaño acorde con el tiempo de amenorrea, aparecen dolores hipogástricos que coinciden con las contracciones de útero, sin modificaciones de la forma ni dilatación alguna del cuello uterino, acompañado de hemorragia genital leve.

**b) Aborto inminente.**

Se acompaña de dolor hipogástrico aumentado, más intenso y sostenido, hemorragia más abundante con coágulos. Y aborto inevitable cuando comienza a producirse la dilatación del cuello uterino.

**c) Aborto diferido,**

Cuadro en el que se encuentra muerto el huevo in útero, no es expulsado al exterior; el útero no se ha contraído, ni ha dilatado totalmente el cuello como para expulsar el huevo muerto en su interior (missed abortion)

**d) Aborto en curso**

Se acompaña de dolor hipogástrico, hemorragia abundante con coágulos, dilatación de cuello uterino agrado con pérdida de líquido amniótico, no siempre visible con facilidad y expulsión de trozos parciales o de la totalidad del huevo expulsado hacia al exterior

**e) Aborto incompleto**

Eliminación de restos incompletos del útero, la que aun permanece parcialmente ocupada; el útero se mantiene blanduzco, grande y sin retraerse totalmente y la hemorragia es profusa y persistente.

**f) Aborto completo**

El producto es expulsado espontáneamente y completamente del útero. Luego de un acmé doloroso y hemorrágico todo están en regresión; desaparecen los cólicos uterinos expulsivos, cesa por entero o caso por entero la hemorragia

**g) Aborto infectado**

El aborto incompleto no es tratado, son factibles las infecciones ascendentes desde la porción séptica del tracto genital (exocervix, vaginal y vulva)

**h) Aborto habitual**

Cuando hay de tres o más abortos espontáneos sucesivos. La posibilidad de llevar a término un embarazo después de un aborto anterior sería de alrededor del 80 %, después de 2 abortos del 70% y luego del tercer aborto del 50 %.

**D. Evolución**

La amenaza de aborto puede pasar, la sintomatología desaparece y el embarazo normalmente. Otras veces el feto muere y queda retenido, otras veces es que el aborto prosiga su evolución hacia un aborto inevitable. Si el aborto e ovular o embrionario, el huevo es expulsado generalmente en su tiempo y en su totalidad

### **E. Pronostico**

Se calcula que el 10% de los embarazos termina en aborto; en el 50% de estos hay imperfecciones del huevo, en el 35% la causa de la interrupción es hormonal, mientras que el 15% restante puede imputarse a otras patologías

### **F. Diagnóstico diferencial**

Se hace con los otros dos grandes síndromes hemorrágicos del comienzo de la gestación; el embarazo extrauterino o embarazo ectópico y la mola hidatiforme.

### **G. Conducta clínica y terapéutica**

Reposo absoluto. Cuando, pese al tratamiento instituido, el cuello se dilata en su orificio interno (aborto inevitable) la conducta variara. Si el estado de la paciente y la intensidad de la hemorragia lo permiten, se esperará hasta conseguir que el aborto se complete espontáneamente. Si la hemorragia es profusa se deberá proceder a la evacuación de huevo abortivo

En el aborto incompleto es fundamental un diagnóstico temprano que permita la pronta iniciación de a antibioterapia y la evacuación uterina

#### **2.3.2.3 Embarazo ectópico**

Es la nidación y desarrollo del huevo, fuera de la cavidad uterina

#### **A. Ubicación**

##### **a) Tubarico.**

De 90 – 95% de los casos:

- a. Intersticial o intramural.** En la porción de la trompa que recorre la pared uterina.
- b. Ístmica.** En la porción media y más estrecha de la trompa (10% de los casos).

c. **Ampollar.** En el tercio externo de la trompa, es la más frecuente de todas (75%).

d. **Infundíbulo.** En las franjas del pabellón de la trompa de Falopio.

**b) Tuboovárico**

Aquí el saco fetal está formado en parte por la trompa y en parte por tejido ovárico. Cuando las fimbrias de la trompa están adheridas al ovario durante la fertilización o cuando el huevo se desarrolla en un quiste tuboovárico.

**c) Ovárico**

Es el que evoluciona en pleno parénquima ovárico

**d) Abdominal**

Puede ser primario cuando desde el principio se implanta en la cavidad abdominal o secundaria cuando lo hace después de haber estado implantado en la trompa o el ovario. Su frecuencia asciende a 2.5%

**e) Cervical**

La implantación es en el cuello uterino. No alcanza su completa evolución y finaliza en aborto.

**B. Frecuencia**

Mayor en las multíparas sobre las primíparas. En general se observa un ectópico de 100 a 200 nacidos vivos

**C. Etiopatogenia**

La causa más frecuente de embarazo Ectópico en: las salpingitis crónicas, alteraciones congénitas de las trompas, endometritis, disminución de la luz tubarica, alteraciones funcionales, etc.

#### **D. Evolución**

La evolución conduce por lo general al aborto Tubarico o la ruptura en la trompa gravídica.

#### **E. Cuadro clínico**

Amenorrea de corta duración con pseudo menstruaciones o metrorragias de sangre escasa, oscura, dolor permanente sobre una de la fosa iliaca, el examen general revela un tumor para uterino alargado y doloroso, un útero pequeño. Con el estudio ecográfico se puede observar saco gestacional fuera del útero con actividad.

#### **F. Complicaciones**

Aborto tubario y ruptura de la trompa gravídica, el cual da lugar a una importante hemorragia interna e intensivo. dolor abdominal y en el fondo de saco de Douglas.

#### **G. Diagnóstico diferencial**

Se realiza con el Aborto, mola hidatiforme, quiste de ovario, pequeños miomas, anexitis, apendicitis aguda.

#### **H. Tratamiento**

Resección de la rompa gravídica durante los primeros meses de gestación y trata la hemorragia.

En los embarazos avanzados se extraerá al feto por vía abdominal.

#### **2.3.2.4 Gestación no Evolutiva.**

Embarazo amembrionado o embrionario.

Causas de aborto espontaneo muy frecuente.

Embarazo, en el que se observa un saco gestacional vacío.

El ovulo ha sido fecundado por el espermatozoide y tras implantarse en la cavidad uterina, en el que únicamente hay un saco gestacional.

En el 80% de los casos, las causas del embarazo amembrionado son las alteraciones cromosómicas en el ovulo y/o espermatozoide, que generan un error de la fecundación y el diagnóstico se realiza ultrasonografía, donde hay un saco gestacional vacío, la ecografía debe de repetirse a la semana siguiente.

La no localización de la vesícula vitelina es un signo de embarazo amembrionado

En el embarazo amembrionado el test de HCG da positivo porque esta hormona es producida por las capas celulares del saco gestacional.

Una vez que se ha comprobado la ausencia de estructura embrionarias, no tiene sentido que el saco gestacional vacío permanezca en el interior del útero de la mujer, pues las células degeneran y las sustancias tóxicas que produce pueden dar lugar a serias alteraciones o complicaciones en la mujer por lo tanto el aborto es la única solución posible para estas pacientes, con el consecuente estudio genético del saco vacío extraído

#### **2.3.2.5 Mola hidatiforme**

Es un tipo de enfermedad trofoblástica gestacional (ETG).

Causas: es el producto de la fertilización anormal de un ovocito (ovario). La placenta crece normalmente con poco o ningún crecimiento del tejido fetal. El tejido de la placenta forma una masa en el útero. En la ecografía, esta masa presenta una apariencia de mórula con muchos quistes pequeños.

Las mujeres de más de 35 años tienen más riesgo de tener una formación mórula. Un historial de embarazos molaes en años anteriores también es un factor de riesgo.

Existen 2 tipos:



- Embarazo molar parcial. Placenta anormal y algo de desarrollo fetal.
- Embarazo molar completo. Placenta anormal pero no hay ningún feto.

## **2.4 Sistema de Variables**

### **a) Variable Dependiente:**

Patologías más frecuentes durante la primera mitad del embarazo

### **b) Variable Independiente:**

Ecografía Obstétrica

### **c) Dimensiones:**

Características socio demográficas, características obstétricas, patologías más frecuentes

### **d) Indicadores:**

Edad, grado de instrucción, ocupación, estado civil, edad gestacional, antecedentes del embarazo.

## 2.5 Operacionalización de variable

VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	CATEGORIA
Patologías más frecuentes durante la primera mitad del embarazo	Características socia demográficas	Edad	Continua	12-17 años 18-29 años 30 a más años
		Procedencia	Categórica, dicotómica	Urbano
				Rural
		Nivel Educativo	Nominal, politónica	Ninguno
				Primaria incompleta
				Primaria completa
				Secundaria incompleta
				Secundaria completa
				Superior No Universitario incompleta
				Superior No Universitario Completa
				Superior Universitario Incompleta
				Superior Universitario Completa
		Ocupación	Categórica, politónica	Ama de casa
				Estudiante
				Empleado
				Independiente
		estado civil,	Categórica, politónica	Casada
				Soltera
				Conviviente
				Divorciada
				Viuda
		Religión	categoría	Nombre de la religión
		Tipo de Seguro	Categórica, politónica	SIS
				ESSALUD
				Ninguno
	características obstétricas	Edad gestacional	continua	números
		Paridad	continua	Nulipara

				Primipara Multipara Gran multipara
		Periodo Intergenésico	Categórica politónica	Periodo Intergenésico Corto
				Periodo Intergenésico Adecuado
				Periodo Intergenésico largo
		Abortos previos	continua	números
		Terminación del embarazo anterior	Categórica politónica	Parto Vaginal
				Cesárea
				Aborto
	patologías más frecuentes	Número de controles prenatales	continua	Semanas
		Enfermedad específica	Categórica politónica	Aborto incompleto
				Aborto Completo
				Amenaza de aborto
				Embarazo no evolutivo
				Embarazo Ectopico
				Mola hidatidiforme
				Hematoma Retroplacentari
				Malformaciones congénitas
	Características clínicas	Sangrado Vaginal	Categórica dicotómicas	Pregunta cerrada si o no
		Dolor en el bajo vientre	Categórica dicotómicas	Pregunta cerrada si o no
		Fiebre	Categórica dicotómicas	Pregunta cerrada si o no
		Dolor en fosas iliacas	Categórica dicotómicas	Pregunta cerrada si o no

## CAPITULO III

### 3 MARCO METODOLOGICO

#### 3.1 Tipo de investigación.

La presente Investigación se llevará acabo de manera Descriptivo, Retrospectivo y transversal

##### 3.1.1 Enfoque

El presente proyecto tendrá un enfoque cuantitativo, se valorará estadísticamente las complicaciones existentes en la primera mitad del embarazo diagnosticadas ecográficamente

##### 3.1.2 Alcance o nivel

El proyecto en desarrollo tiene como alcance identificar las complicaciones que se desarrollan durante la primera mitad del embarazo, y realizar y estimar una estadística aproximada de las complicaciones que pueden desarrollar una mujer durante el embarazo, para lo cual se tendrá las siguientes consideraciones :la detección por medio de ultrasonografía de tipo Obstétrica, y será durante la primera mitad de embarazo, en todas las gestantes atendidas en el Hospital Regional “Hermilio Valdizan Medrano”.

##### 3.1.3 Diseño.

M→O
-----

**M: muestra de estudio**

**O: información (recolección de datos) recogida de la muestra**

#### 3.2 Población y Muestra

##### 3.2.1 Población

El presente trabajo se realizará en el Hospital Regional “Hermilio Valdizan”, Región Huánuco de Huánuco, con una cobertura de 1006 gestantes atendidas, de las cuales 136

presentaron patologías obstétricas de la primera mitad del embarazo diagnosticadas ecográficamente.

### 3.2.2 Muestra

La unidad de análisis será todas las pacientes atendidas con patologías obstétricas en la primera mitad del embarazo diagnosticadas por ecografía obstétrica. La estimación de la muestra se realizó con un intervalo de confianza de 92% (noventa y dos por ciento) y un error estimado del 8 %, la prevalencia se desconoce, obteniendo un muestreo significativo según la fórmula estadística que se detalla a continuación:

$$n = \frac{N P (1 - P)}{(N - 1) D + P (1 - P)}$$

Donde:

**n:** tamaño de la muestra

**N:** tamaño de la población que recibió atención de parto eutócico en el año 2014, siendo 1097.

**P:** prevalencia esperada del parámetro a evaluar. En caso de desconocerse se aplicó la opción más desfavorable ( $P = 0,5$ ) que hace mayor el tamaño muestral.

$$D = \frac{\frac{E^2}{4}}{\frac{(0.08)^2}{4}} = 0.0016, \text{ luego}$$

$$n = \frac{1006(0.5)(0.5)}{1006(0.0016) + 0.5(0.5)}$$

$$n = \frac{251.5}{1.8596} = 135.54$$

El Hospital Regional “Hermilio Valdizan” atendieron 1006 gestantes en el servicio de obstetricia en el periodo de enero a junio 2017, siendo la muestra (n) seleccionada **136** usuarias.

#### **Tipo de muestra:**

- No probabilístico por conveniencia

#### **Criterios de Selección**

##### **Criterios de inclusión:**

- ✓ Gestantes con patologías obstétricas en la primera mitad del embarazo:

- ABORTO
- GESTACION NO EVOLUTIVA
- MOLA HIDATIDIFORME
- EMBARAZO ECTOPICO

##### ✓ **Criterios de Exclusión:**

- Gestantes con diagnostico ecográfico de patologías obstétricas realizadas fuera del Hospital Hermilio Valdizan

#### **3.2.3 Delimitación geográfico-temporal y temática**

La investigación se llevó a cabo en el HRHVM, ubicado en el Distrito y Provincia de Huánuco, de enero a junio del 2017

### **3.3 Técnicas e instrumentación**

#### **3.3.1 Actividades**

- Autorización, se gestionó los permisos respectivos a la Dirección del Hospital y a la Jefatura del Servicio de Obstetricia.
- Identificación de casos, se identificó a las pacientes en el servicio de Gineco Obstetricia
- Selección de participantes, se procedió a seleccionar según criterios de inclusión.
- instrumentos, la información fue recolectada mediante la ficha de recolección de datos

#### **3.3.2 Fuentes;**

##### **Técnicas e instrumentos de recolección de datos.**

Se utilizó la ficha de recolección de datos, esta comprende: datos Generales, Antecedentes, Tipo de patología obstétricas actuales

#### **3.3.3 Técnicas para el procesamiento y análisis**

Una vez obtenida la información según las variables se realizó el siguiente proceso:

- Se seleccionó las fichas según las variables
- Se registró la información obtenida en el programa estadístico de SPSS Y EXCEL
- La tabulación de datos se hizo según las variables
- Los resultados se presentan según tablas y gráficos

## CAPITULO IV

### 4 RESULTADOS

#### 4.1 Relatos y Descripción de la Realidad Observada

TABLA N° 1

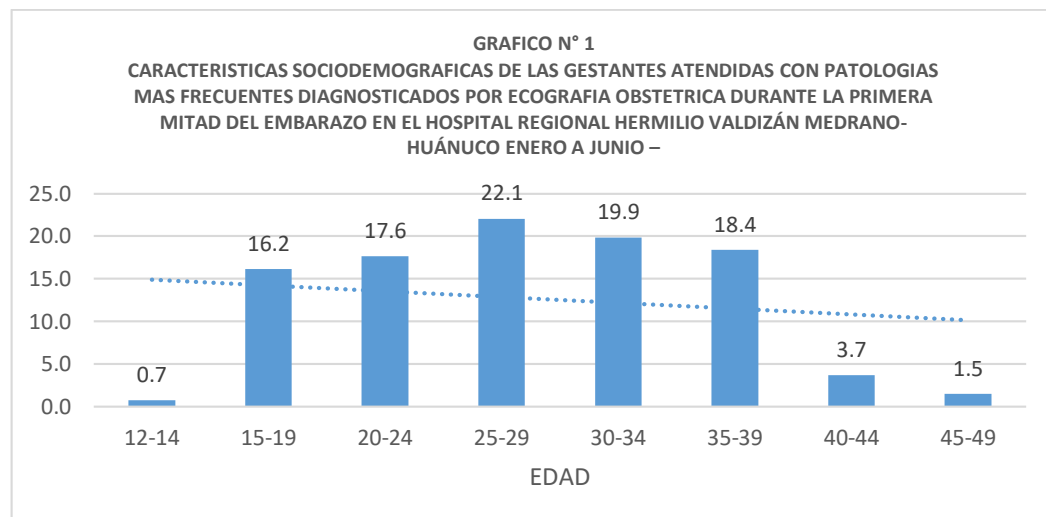
**CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS SEGUN EDAD DE LAS GESTANTES ATENDIDAS CON PATOLOGIAS MAS FRECUENTES DIAGNOSTICADOS POR ECOGRAFIA OBSTETRICA DURANTE LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO EN EL HOSPITAL REGIONAL “HERMILIO VALDIZÁN” HUÁNUCO. ENERO A JUNIO – 2017**

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS	N = 136	%
<b>EDAD</b>		
12-14	1	0.7
15-19	22	16.2
20-24	24	17.6
25-29	30	22.1
30-34	27	19.9
35-39	25	18.4
40-44	5	3.7
45-49	2	1.5

FUENTE: ELABORACION PROPIA – ANEXO N°1- 2017

Tabla N° 1: se puede describir en orden decreciente según el grupo etáreo lo siguiente: primero, 25-29 años con 30 casos con un 22.1%, segundo, 30-34 años con 27 casos que hace un 19.9%, tercero 35 -39 años con 25 casos que hace un 18.4%, cuarto, 20-24 años con 24 casos que hace un 17.6, quinto 15-19 años con 22 casos que hace un 16.2%, sexto 40-44 años con 5 casos que hace un 3.7%, séptimo 45-49 años con 2 casos que hace un 1.5% y por último 12-14 años con 1 casos que representa un 0.7%





FUENTE: ELABORACION PROPIA – ANEXO N°1- 2017

Grafico N° 1 se puede observar que la línea tendencia es mayor el grupo etáreo de 25-29 años, 30-34 años, 35-39 años, 20-24 años y de 15 – 19 años, las edades extremas no son las más afectadas, con tendencia disminuir a partir 35 años.

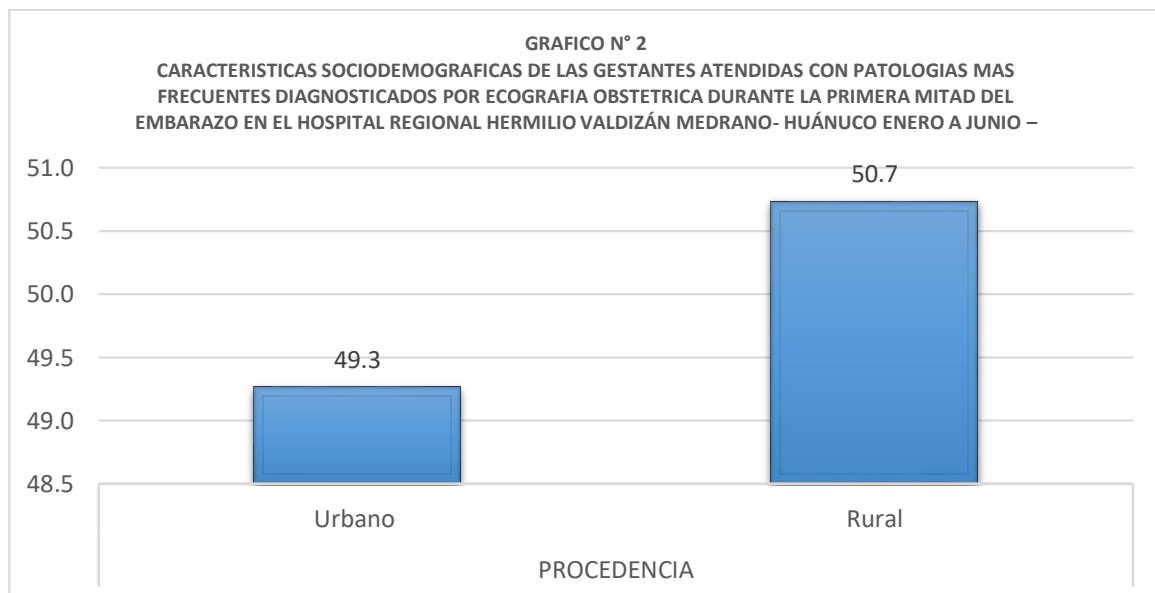
**TABLA N° 2**

**CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS SEGÚN PROCEDENCIA DE LAS GESTANTES ATENDIDAS CON PATOLOGIAS MAS FRECUENTES DIAGNOSTICADOS POR ECOGRAFIA OBSTETRICA DURANTE LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO EN EL HOSPITAL REGIONAL “HERMILIO VALDIZÁN”- HUÁNUCO. ENERO A JUNIO – 2017**

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS	N = 136	%
<b>PROCEDENCIA</b>		
Urbano	67	49.3
Rural	69	50.7

FUENTE: ELABORACION PROPIA – ANEXO N°1- 2017

Tabla N° 2: se puede describir que en primer lugar está de origen de procedencia e rural con 69 casos que representa un 50.7%, como segundo lugar de origen urbano con 67 casos que representa un 49.3 %



FUENTE: ELABORACION PROPIA – ANEXO N°1- 2017

Grafico N° 2, La población gestante de origen rural son los que más frecuencia presentan patologías obstétricas, esto es debido a la alta paridad que presentan en las zonas rurales

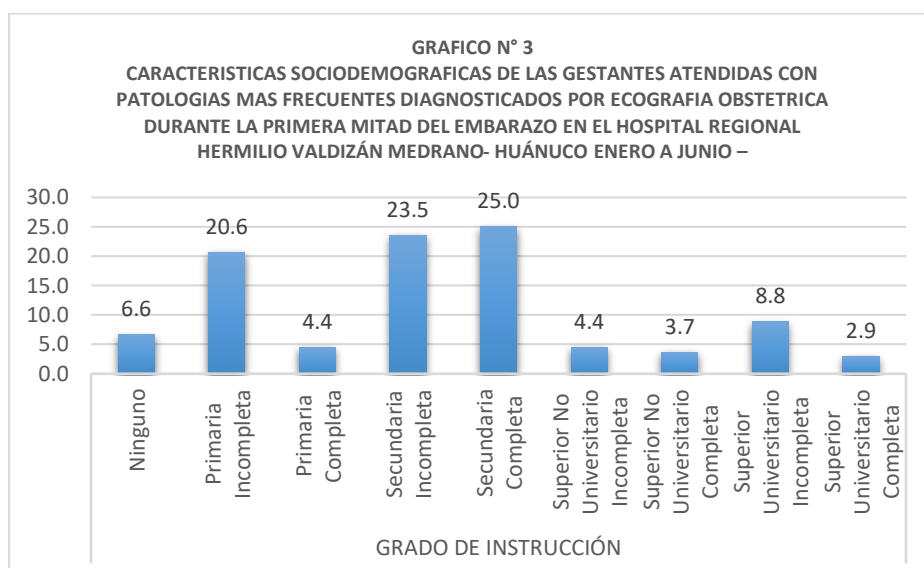
**TABLA N° 3**

**CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS GESTANTES ATENDIDAS CON PATOLOGIAS MAS FRECUENTES DIAGNOSTICADOS POR ECOGRAFIA OBSTETRICA DURANTE LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO, EN EL HOSPITAL REGIONAL “HERMILIO VALDIZÁN”- HUÁNUCO. ENERO A JUNIO – 2017**

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS	N = 136	%
<b>GRADO DE INSTRUCCIÓN</b>		
Primaria Incompleta	28	20.6
Primaria Completa	6	4.4
Secundaria Incompleta	32	23.5
Secundaria Completa	34	25.0
Superior No Universitario Incompleta	6	4.4
Superior No Universitario Completa	5	3.7
Superior Universitario Incompleta	12	8.8
Superior Universitario Completa	4	2.9

FUENTE: ELABORACION PROPIA – ANEXO N°1- 2017

Tabla N° 3: se puede describir que en primer lugar se presentan las gestantes con secundaria completa con 34 casos que hace un 25%, seguido con secundaria incompleta de 32 casos que hace un 23.5%. seguido con Primaria Incompleta de 28 casos que hace un 20.6%, seguido de superior universitario incompleta con 12 casos que hace un 8.8%, seguido de Primaria incompleta y Superior No universitaria con 6 casos en ambos que hace un 4.4%, seguido de superior no universitaria completa con 5 casos que hace un 3.7% y por ultimo superior universitario completa con 4 casos que representa un 2.9%.



**FUENTE: ELABORACION PROPIA – ANEXO N°1- 2017**

Grafico N° 3, La población gestante con secundaria representa al 47.5% de todos los casos lo cual tiene una relación a la mayor frecuencia al bajo nivel cultural.

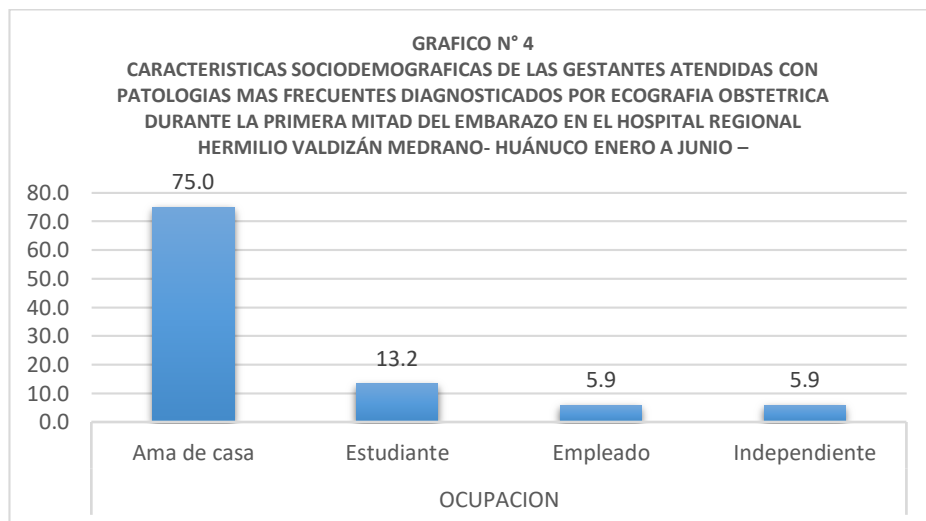
**TABLA N° 4**

**CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS SEGÚN OCUPACION DE LAS GESTANTES ATENDIDAS CON PATOLOGIAS MAS FRECUENTES DIAGNOSTICADOS POR ECOGRAFIA OBSTETRICA DURANTE LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO EN EL HOSPITAL REGIONAL “HERMILIO VALDIZÁN”- HUÁNUCO. ENERO A JUNIO – 2017**

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS	N = 136	%
<b>OCUPACION</b>		
Ama de casa	102	75.0
Estudiante	18	13.2
Empleado	8	5.9
Independiente	8	5.9

FUENTE: ELABORACION PROPIA – ANEXO N°1- 2017

Tabla N° 4: se puede describir que en primer lugar se presentan las amas de casa con 102 casos que hace un 75%, seguido de las estudiantes con 18 casos que representa un 13.2%, seguido de las empleadas e independiente con 8 casos en ambos casos que hace un 5.9% de 136 gestantes



FUENTE: ELABORACION PROPIA – ANEXO N°1- 2017

En grafico N° 4 El 75% de los casos sucede en amas de casa, es decir que esto estaría relacionado con la dependencia económica, y un factor cultural predominante el “machismo”.

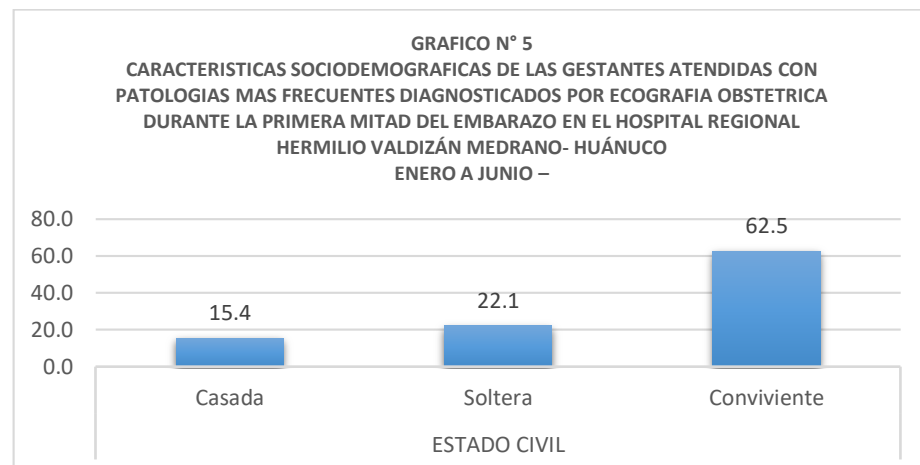
**TABLA N° 5**

**CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS SEGÚN ESTADO CIVIL DE LAS GESTANTES ATENDIDAS CON PATOLOGIAS MAS FRECUENTES DIAGNOSTICADOS POR ECOGRAFIA OBSTETRICA DURANTE LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO EN EL HOSPITAL REGIONAL “HERMILIO VALDIZÁN”- HUÁNUCO. ENERO A JUNIO – 2017**

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS	N = 136	%
<b>ESTADO CIVIL</b>		
Casada	21	15.4
Soltera	30	22.1
Conviviente	85	62.5

FUENTE: ELABORACION PROPIA – ANEXO N°1- 2017

Tabla N° 5: Muestra la tendencia según estado civil convivientes con 85 casos que hace un 62.5%, seguido de solteras con 30 casos que hace un 22.1% y en último lugar casadas con 21 casos que hace un 15.4% de 136 casos.



FUENTE: ELABORACION PROPIA – ANEXO N°1- 2017

En la grafico N° 5: La predominancia de casos en estado civil conviviente con un porcentaje de 62.5. Se puede apreciar que está en relación al factor cultural “Machismo” donde no hay un estatus de estabilidad conyugal.

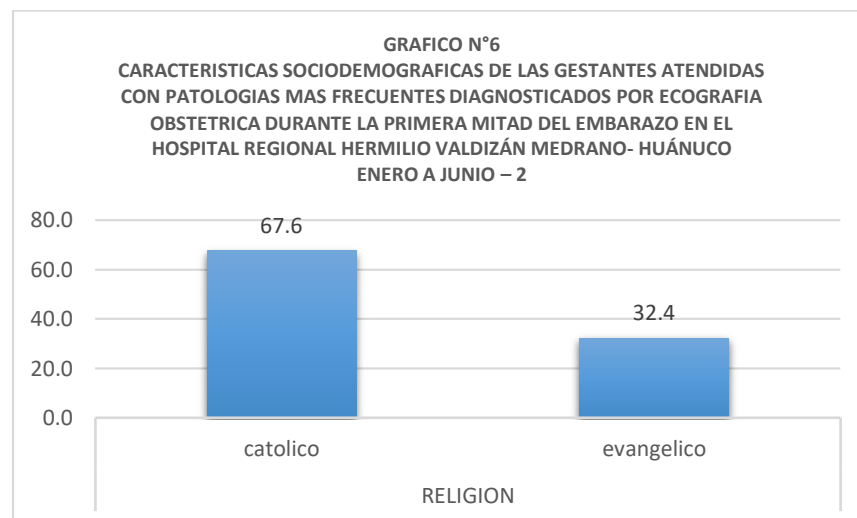
**TABLA N° 6**

**CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS SEGÚN RELIGION QUE PROFESAN DE LAS GESTANTES ATENDIDAS CON PATOLOGIAS MAS FRECUENTES DIAGNOSTICADOS POR ECOGRAFIA OBSTETRICA DURANTE LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO EN EL HOSPITAL REGIONAL “HERMILIO VALDIZÁN”- HUÁNUCO. ENERO A JUNIO – 2017**

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS	N = 136	%
<b>RELIGION</b>		
Catolico	92	67.6
Evangélico	44	32.4

FUENTE: ELABORACION PROPIA – ANEXO N°1- 2017

Tabla N° 6: Se puede apreciar que hay un determinante religioso en este caso mayor influencia la religión católica con 92 casos que hace un 67.6%, y de religión evangélica de 44 casos que hace un 32.4%



FUENTE: ELABORACION PROPIA – ANEXO N°1- 2017

En el Grafico N° 6 se aprecia con mayor frecuencia se encuentran la religión católica con 67.6.

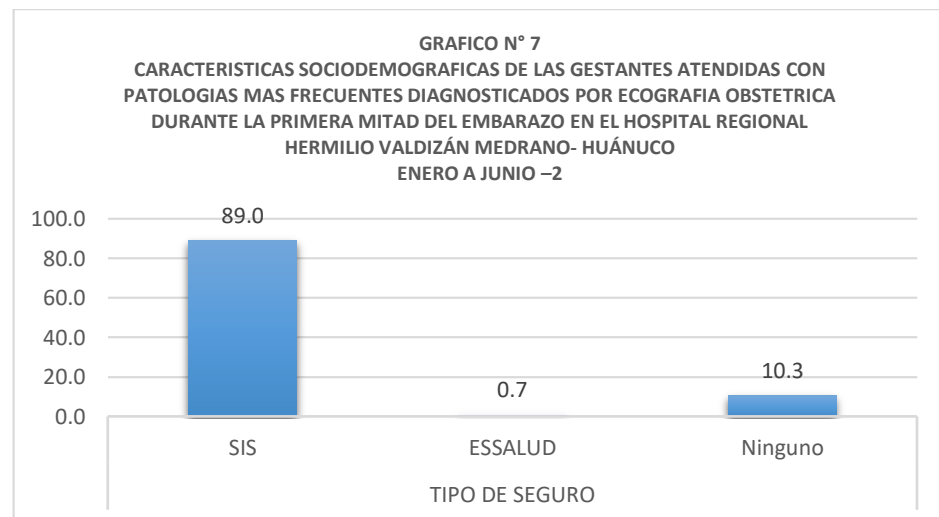
**TABLA N° 7**

**CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS SEGÚN TIPO DE SEGURO DE LAS GESTANTES ATENDIDAS CON PATOLOGIAS MAS FRECUENTES DIAGNOSTICADOS POR ECOGRAFIA OBSTETRICA DURANTE LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO EN EL HOSPITAL REGIONAL “HERMILIO VALDIZÁN”- HUÁNUCO. ENERO A JUNIO – 2017**

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS	N = 136	%
<b>TIPO DE SEGURO</b>		
SIS	121	89.0
ESSALUD	1	0.9
Ninguno	14	10.3

FUENTE: ELABORACION PROPIA – ANEXO N°1- 2017

Tabla N° 7: se tiene que el asegurado mediante el Seguro integral de Salud, se presenta con 121 casos que hace un 89%, seguido sin ningún tipo de seguro con 14 casos que representa el 10.3% y 01 caso con seguro en EsSalud que representa al 0.9%.



FUENTE: ELABORACION PROPIA – ANEXO N°1- 2017

En la Grafico N° 7: se puede resaltar que el 89% son asegurados SIS, se afirma que los estados de seguro del estado tienen mayor accesibilidad al servicio de salud.

**TABLA N° 8**

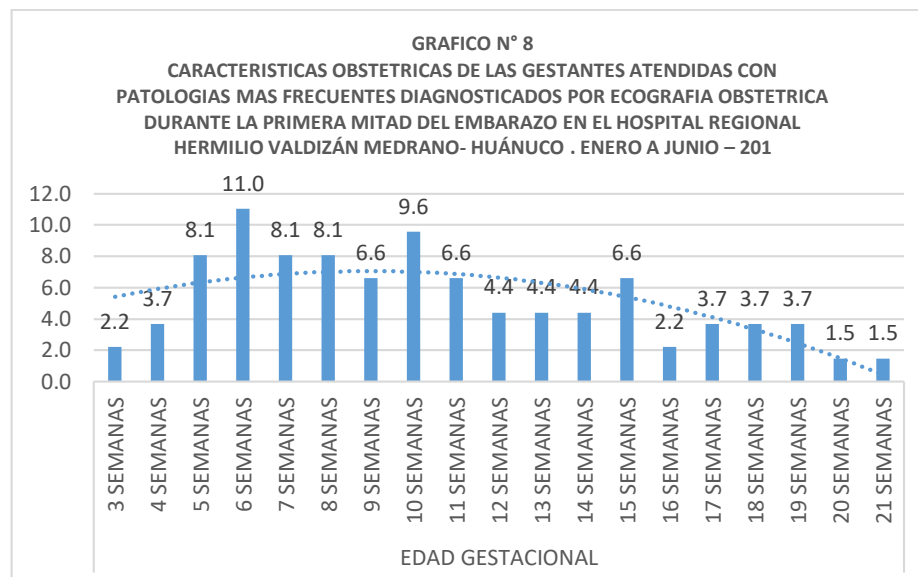
**CARACTERISTICAS OBSTETRICAS DE LAS GESTANTES ATENDIDAS CON  
PATOLOGIAS MAS FRECUENTES DIAGNOSTICADOS POR ECOGRAFIA  
OBSTETRICA DURANTE LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO EN EL  
HOSPITAL REGIONAL “HERMILIO VALDIZÁN”- HUÁNUCO. ENERO A JUNIO –  
2017**

CARACTERISTICAS OBSTETRICAS	N = 136	%
<b>EDAD GESTACIONAL</b>		
3 SEMANAS	3	2.2
4 SEMANAS	5	3.7
5 SEMANAS	11	8.1
6 SEMANAS	15	11.0
7 SEMANAS	11	8.1
8 SEMANAS	11	8.1
9 SEMANAS	9	6.6
10 SEMANAS	13	9.6
11 SEMANAS	9	6.6
12 SEMANAS	6	4.4
13 SEMANAS	6	4.4
14 SEMANAS	6	4.4
15 SEMANAS	9	6.6
16 SEMANAS	3	2.2
17 SEMANAS	5	3.7
18 SEMANAS	5	3.7
19 SEMANAS	5	3.7
20 SEMANAS	2	1.5
21 SEMANAS	2	1.5

**FUENTE: ELABORACION PROPIA – ANEXO N°1- 2017**

Tabla N° 8: según la edad gestacional, en primer lugar, de frecuencia tenemos de 6 semanas con 15 casos que hace un 11%, seguido de 13 casos que hace un 9.6%, seguido de 5, 7, 8 semanas con 11 casos que hacen un 8.1%, seguido de 9,11,15 semanas con 9 casos que hace un 6.6%, seguido de 12,13,14 semanas con 6 casos que hace un 4.4%, seguido de 4,17,18,19 semanas con 5 casos que hace un 3.7%, seguido de 3,16 semanas con 3 casos que hace un 2.2% y 2 casos de 20,21 semanas que hace un 1.5%





FUENTE: ELABORACION PROPIA – ANEXO N°1- 2017

En la Grafico N° 8: se puede observar en mayor frecuencia por igual o de bajo 13 semanas de gestación, y en menor frecuencia de 14 semanas a más.

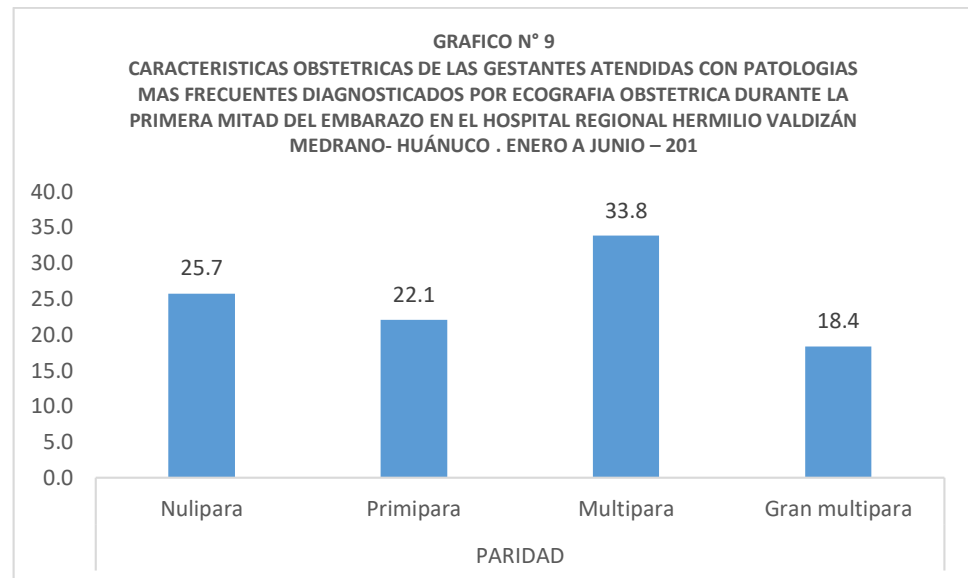
**TABLA N° 9**

**CARACTERISTICAS OBSTETRICAS SEGÚN PARIDAD DE LAS GESTANTES ATENDIDAS CON PATOLOGIAS MAS FRECUENTES DIAGNOSTICADOS POR ECOGRAFIA OBSTETRICA DURANTE LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO EN EL HOSPITAL REGIONAL “HERMILIO VALDIZÁN”- HUÁNUCO. ENERO A JUNIO – 2017**

CARACTERISTICAS OBSTETRICAS	N = 136	%
<b>PARIDAD</b>		
Nulípara	35	25.7
Primípara	30	22.1
Múltipara	46	33.8
Gran múltipara	25	18.4

FUENTE: ELABORACION PROPIA – ANEXO N°1- 2017

Tabla N° 9: Según la paridad se tiene que las múltiparas se presentan con 46 casos que hacen un 33.8%, seguido de las nulíparas con 35 casos hacen un 25.7%, seguido de primíparas con 30 casos que hacen un 22.1%, por ultimo las gran múltiparas con 25 casos que hacen un 18.4%.



FUENTE: ELABORACION PROPIA – ANEXO N°1- 2017

En la Grafico N° 9: se puede observar en mayor frecuencia las múltiparas y gran múltiparas sumados, lo que se puede determinar en este grupo de estudio es tendencia a presentarse las patologías en el embarazo

**TABLA N° 10**

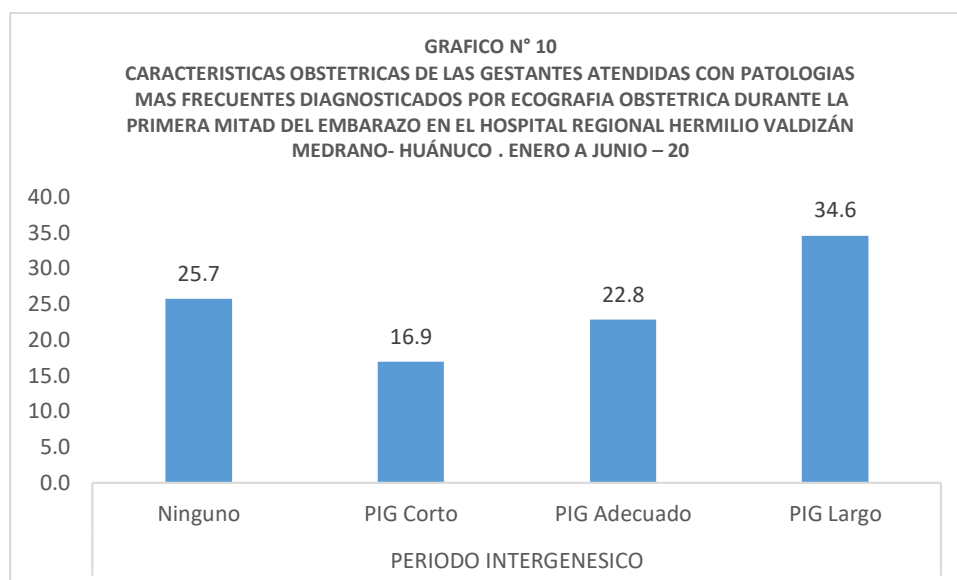
**CARACTERISTICAS OBSTETRICAS SEGÚN EL PERIODO INTERGENESICO DE LAS GESTANTES ATENDIDAS CON PATOLOGIAS MAS FRECUENTES DIAGNOSTICADOS POR ECOGRAFIA OBSTETRICA DURANTE LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO EN EL HOSPITAL REGIONAL “HERMILIO VALDIZÁN”- HUÁNUCO. ENERO A JUNIO – 2017**

CARACTERISTICAS OBSTETRICAS	N = 136	%
<b>PERIODO INTERGENESICO</b>		
Ninguno	35	25.7
PIG Corto	23	16.9
PIG Adecuado	31	22.8
PIG Largo	47	34.6

FUENTE: ELABORACION PROPIA – ANEXO N°1- 2017

Tabla N° 10: Según el periodo Intergenésico los casos de PIG largo con 47 casos que hace un 34.6, seguido de Nulíparas con 35 casos que hace un

25.7% seguido de PIG Adecuado con 31 casos que hace un 25.7%, y por ultimo PIG corto con 23 casos que hace un 16.9



FUENTE: ELABORACION PROPIA – ANEXO N°1- 2017

En la Grafico N° 10: El PIG largo seguido de las gestantes embarazadas por primera vez son factores determinantes para la ocurrencia de patologías en el embarazo.

**TABLA N° 11**

**CARACTERISTICAS OBSTETRICAS SEGÚN ABORTOS PREVIOS DE LAS GESTANTES ATENDIDAS CON PATOLOGIAS MAS FRECUENTES DIAGNOSTICADOS POR ECOGRAFIA OBSTETRICA DURANTE LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO EN EL HOSPITAL REGIONAL “HERMILIO VALDIZÁN”- HUÁNUCO. ENERO A JUNIO – 2017**

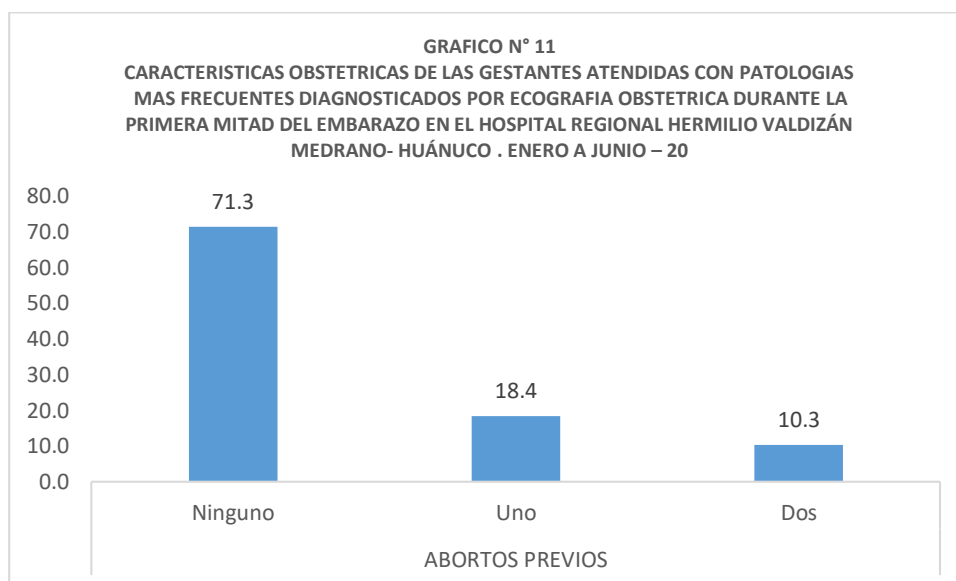
CARACTERISTICAS OBSTETRICAS	N = 136	%
<b>ABORTOS PREVIOS</b>		
Ninguno	97	71.3
Uno	25	18.4
Dos	14	10.3

FUENTE:  
FUENTE:

ELABORACION PROPIA – ANEXO N°1- 2017

Tabla N° 11: en relación a los abortos previos los casos de patologías se presentaron en la siguiente frecuencia, primero sin ningún aborto previo con

97 casos que hace un 71.3%, en segundo lugar, con 01 aborto previo con 25 casos que hace un 18.4%, por último, con dos abortos previos con 14 casos que hace un 10.3%.



**FUENTE: ELABORACION PROPIA – ANEXO N°1- 2017**

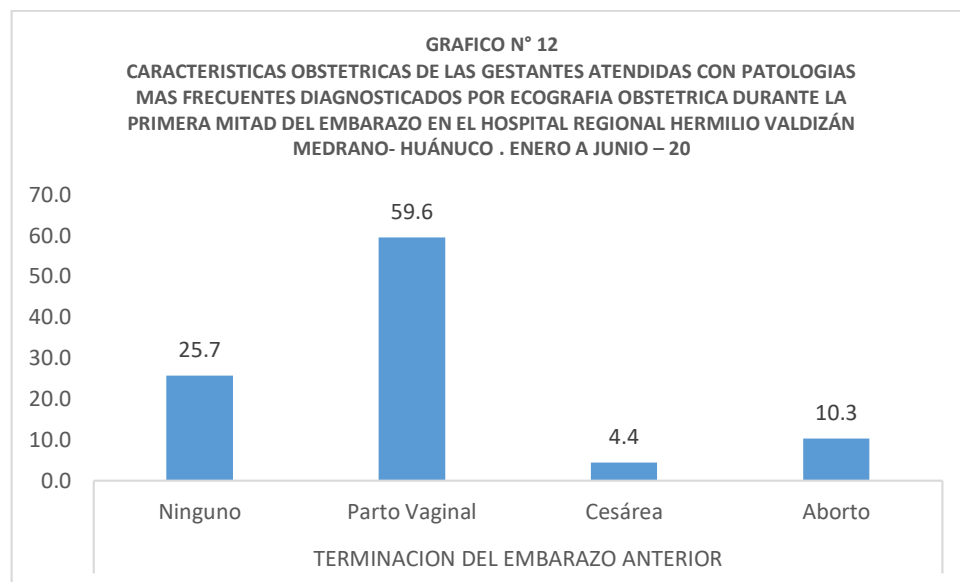
En la Grafico N° 11: Se puede determinar concluyentemente según la gráfica que los antecedentes de abortos previos no es una determinante de patologías del embarazo

**TABLA N°12**

**CARACTERISTICAS OBSTETRICAS SEGÚN TEMINACION DEL EMBARAZO ANTERIOR DE LAS GESTANTES ATENDIDAS CON PATOLOGIAS MAS FRECUENTES DIAGNOSTICADOS POR ECOGRAFIA OBSTETRICA DURANTE LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO EN EL HOSPITAL REGIONAL “HERMILIO VALDIZÁN”- HUÁNUCO. ENERO A JUNIO – 2017**

CARACTERISTICAS OBSTETRICAS	N = 136	%
<b>TERMINO DEL EMBARAZO ANTERIOR</b>		
Ninguno	35	25.7
Parto Vaginal	81	59.6
Cesárea	6	4.4
Aborto	14	10.3

Tabla N° 12: La mayor frecuencia de casos se presenta con antecedentes de Parto Vaginal con 81 casos que hace un 59.6%, seguido de las Nulíparas con 35 casos que hace un 25.7%, seguido de aborto con 14 casos que hacen un 10.3%, seguido de Cesárea con 6 casos que hace un 4.4%



FUENTE: ELABORACION PROPIA – ANEXO N°1- 2017

En la Grafico N° 12 se puede apreciar que los que tienen antecedentes de parto vaginal previo presentaron patologías con mayor frecuencia lo cual representaría un antecedente determinante.

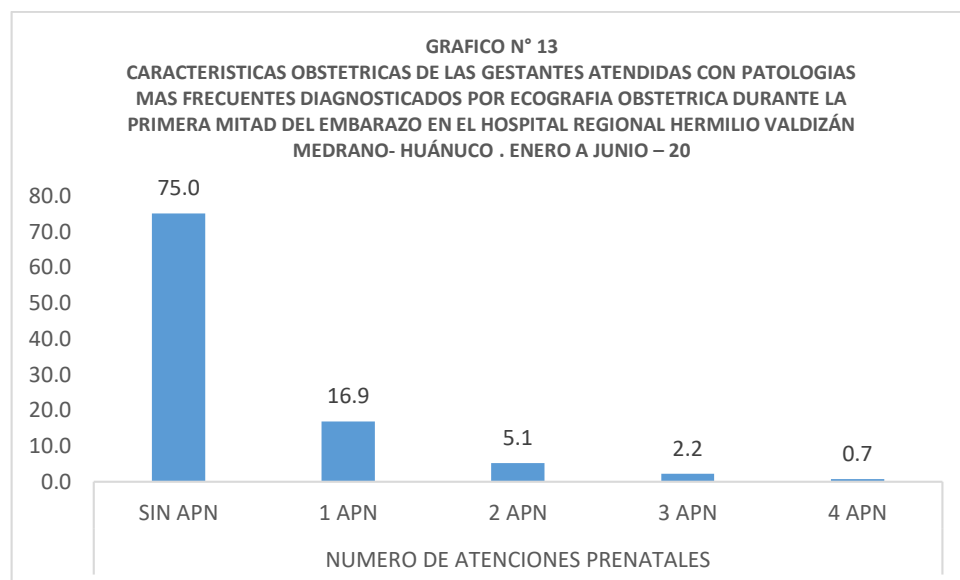
**TABLA N° 13**

**CARACTERISTICAS OBSTETRICAS SEGÚN NUMERO DE ATENCIONES PRENATALES DE LAS GESTANTES ATENDIDAS CON PATOLOGIAS MAS FRECUENTES DIAGNOSTICADOS POR ECOGRAFIA OBSTETRICA DURANTE LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO EN EL HOSPITAL REGIONAL “HERMILIO VALDIZÁN”- HUÁNUCO. ENERO A JUNIO – 2017**

CARACTERISTICAS OBSTETRICAS	N = 136	%
NUMERO DE ATENCIONES PRENATALES		
SIN APN	102	75.0
1 APN	23	16.9
2 APN	7	5.1
3 APN	3	2.2
4 APN	1	0.7

FUENTE: ELABORACION PROPIA – ANEXO N°1- 2017

Tabla N° 13: se presenta de la siguiente manera primero sin ninguna atención prenatal de 102 casos que hace un 75%, seguido de 1 APN con 23 casos que hace un 16.9%, seguido de 2 APN con 7 casos que hace un 5.1%, seguido de 3 APN con 3 casos que hace un 2.2%, por ultimo 4 APN 1 caso que hace un 0.7%



FUENTE: ELABORACION PROPIA – ANEXO N°1- 2017

En el Grafico N° 13: La frecuencia sin Atención prenatal es mayor y determinante para los casos de patologías en gestantes.

## 4.2 Conjunto de Argumentos Organizados

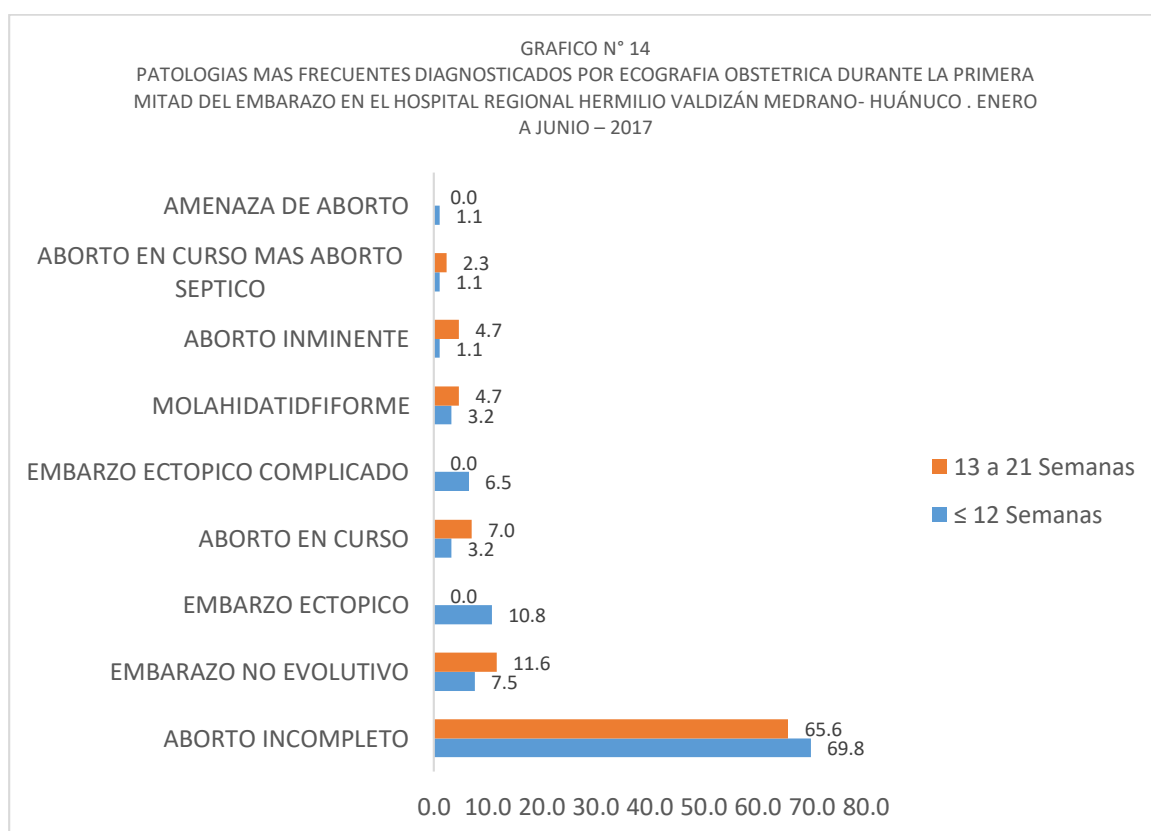
**TABLA N° 14**

**PATOLOGIAS MAS FRECUENTES DIAGNOSTICADOS POR ECOGRAFIA OBSTETRICA DURANTE LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO EN EL HOSPITAL REGIONAL “HERMILIO VALDIZÁN”- HUÁNUCO, ENERO A JUNIO – 2017**

≤ 12 Semanas			13 a 21 Semanas		TOTAL		df=1	
PATOLOGIAS MAS FRECUENTES	N=93	%	N=43	%	N=136	%	X2	P<0.05
ABORTO INCOMPLETO								
SI	61	69.8	30	65.6	91	66.9	0.232	0.630
NO	32	34.4	13	30.2	45	33.1		
EMBARAZO NO EVOLUTIVO								
SI	7	7.5	5	11.6	12	8.8	0.615	0.433
NO	86	92.5	38	88.4	124	91.2		
EMBARZO ECTOPICO								
SI	10	10.8	0	0.0	10	7.4	4.991	0.026
NO	83	89.2	43	100.0	126	92.6		
ABORTO EN CURSO								
SI	3	3.2	3	7.0	6	4.4	0.981	0.322
NO	90	96.8	40	93.0	130	95.6		
EMBARZO ECTOPICO COMPLICADO								
SI	6	6.5	0	0.0	6	4.4	2.902	0.089
NO	87	93.5	43	100.0	130	95.6		
MOLAHIDATIDFIFORME								
SI	3	3.2	2	4.7	5	3.7	0.169	0.681
NO	90	96.8	41	95.3	131	96.3		
ABORTO INMINENTE								
SI	1	1.1	2	4.7	3	2.2	1.743	0.187
NO	92	98.9	41	95.3	133	97.8		
ABORTO EN CURSO MAS ABORTO SEPTICO								
SI	1	1.1	1	2.3	2	1.5	0.317	0.573
NO	92	98.9	42	97.7	134	98.5		
AMENAZA DE ABORTO								
SI	1	1.1	0	0.0	1	0.7	0.466	0.495
NO	92	98.9	43	100.0	135	99.3		

FUENTE: ELABORACION PROPIA – ANEXO N°1- 2017

Tabla N° 14, Se observa que, de las patologías, en gestantes < 12 semanas, el aborto incompleto se presentó con 69.8% (61), el embarazo no evolutivo con 7.5% (7), el embarazo ectópico con 10.8% (10), en embarazo ectópico complicado con 6.5%(6), aborto en curso y mola hidatidiforme 3.2% respectivamente (3), aborto inminente y por ultimo el aborto en curso más aborto séptico, amenaza de aborto con 1.1% (1) respectivamente y solo en gestantes de > de 13 semanas se obtuvo un mayor porcentaje el aborto incompleto se presentó con 69.8% (30) Seguido por el embarazo no evolutivo con 11.6% (5), aborto en curso 7% (3), Mola hidatidiforme y aborto inminente 4.7% (2), respectivamente y el aborto en curso más aborto séptico con 1.1% (1). Al analizar estadísticamente, se encontró asociación significativa para Aborto Incompleto y ausencia del mismo.



FUENTE: ELABORACION PROPIA – ANEXO N°1- 2017

En el Grafico N° 14: se puede la mayor frecuencia de patologías según edad gestacional es el Aborto Incompleto tanto para las gestaciones menores de 13 semanas como para las gestaciones de



mayores de 12 semanas. Por lo que es determinante la presencia de abortos incompletos.

Según las características socio demográficas, de 25 - 29 años es la más frecuente con un 22.1%, seguido de 30 - 34 con un 19.9, presentando la de menos frecuencia de 12 - 14 años un 0.7%. la procedencia de las pacientes evaluadas existe una mayoría de origen rural con un 50.7% y de origen urbano con un 49.3, en cuanto a grado de instrucción, el 25% presentan secundaria completa, seguido del 23.5 con secundaria incompleta seguido del 20.6% con primaria incompleta, seguido del 8.8% con superior universitaria incompleta seguido del 6.6 sin ningún grado de instrucción y con el ultima frecuencia el 2.9% superior no universitaria. La ocupación las mas frecuente es la de ama de casa con un 75%, seguido las estudiantes con un 13.2%, con 5.9% empleado dependiente e independiente. Según estado civil presenta con un 63.5% convientes, seguido con un 22.1% soltera y con un 15.4 casada. Según tipo de aseguramiento el 89.0 son afiliadas al SIS, seguido con un 10.3% sin ningún tipo seguro y por ultimo con un 0.7% aseguradas en Essalud. La paridad, se presenta con un 33.8% las multípara, seguido de las nulíparas con 25.7%, las primíparas y nulíparas con un 22.1% y 25.7 respectivamente, según el periodo intergenesico se presenta con mayor frecuencia con 34.6% PIG largo, seguido las nulíparas con un 25.7%, de PIG adecuado con 22.8%. en cuando a abortos previos con mayor frecuencia de 71.3% en gestantes sin ningún aborto, seguido con un borto con 18.4%, y

con dos abortos 10.3%. En relación a las terminaciones del embarazo anterior con un 59.6% con parto vaginal, con un 25.7% primigestas, con un 10.3 con aborto y con 4.4% por cesarea. En cuanto al numero de APN el 75% no tubo APN. La frecuencia de patologías según edad gestacional se presenta con un 11.0% con 6 semanas, seguido de 9.6% con 10 semanas, y con un 8.1% para 5,7,8 semanas, siendo estas las más saltantes, y con menor frecuencia las semanas 20 y 21 con un 1.5% respectivamente. Según edad gestacional el aborto incompleto es el más frecuente con 69.8% para 13 a 21 semanas y de 65.9% para menores de 12 semanas de edad gestacional, segundo embarazo no evolutivo con 11.6% de 13 a 21 semanas y de 7.5% para menores de 12 semanas, para embarazo ectópico con un 10.8% menores de 12 semanas, aborto en curso con un 4.7% de 13 a 21 semanas y de 3.2% de menores de 12 semanas

## **5 DISCUSIÓN DE RESULTADOS**

### **5.1 Verificación de los objetivos y problema**

De acuerdo al objetivo principal, si se logró determinar la frecuencia de las pacientes con patologías en la primera mitad del embarazo diagnosticadas mediante ecografía, en la que se logro determinar que algunas características determinan clásicamente el riesgo de presentar patologías, y también características icónicas se ha logrado una nueva vista del cambio de comportamiento de las patologías.

## 6 CONCLUSIONES

Las **características sociodemográficas** de las participantes en el estudio prevaleció el grupo etario entre 25 a 29 años; el grado de instrucción prevaleció la secundaria en general con un 48.5%, según la ocupación las amas de casa prevalecían con 75%, el estado civil más frecuente fue el de conviviente En relación a las **características obstétricas** destacó en cuanto a la edad gestacional prevaleció la edad de 6 semanas, en cuanto paridad, las Multíparas, fueron predominantes.

El total de las gestantes el 75% no tubo APN

En relación con las patologías más frecuentes, se observa que el aborto incompleto es el más frecuente y en 6 semanas de embarazo.

## **7 RECOMENDACIONES**

- ✓ **El Profesional de obstetricia deberá profundizar conocimiento de ecografía para poder dar la lectura adecuada de los mismos.**
- ✓ **Implementar un registro digital de las patologías halladas por ecografía, con el fin de establecer la incidencia de estas en la Institución.**
- ✓ **Profundizar el estudio sobre el aborto incompleta en estudios que puedan determinar los factores que lo determinan en mayor número de casos y tiempo y relacionarlas haciendo seguimiento con las repercusiones que se podrían presentar en el transcurso del embarazo y en el binomio materno – fetal.**
- ✓ **Mejorar el sistema de auditorias clínicas, en cuanto al llenado de datos primordiales de la historia clínica.**

## 8 REFERERENCIA BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Diaz Muriño Gonzalo. Ultrasonido Telemedicina (en línea). Colombia 2013. 20 de agosto de 2017. Disponible en: [www.drgdiaz.com/eco/ecografia/ecografia,shrm](http://www.drgdiaz.com/eco/ecografia/ecografia,shrm)
- 2.- Ayuso Velasco Rafael. Utilidad de la Ecografía Fetal de la 20 semana para el diagnostico y manejo de las anomalías congénitas en el área de salud de Badajoz. Tesis para obtener el título de Médico. España. Hospital de Badajoz. 2014.
- 3.- Guamán Mizhirumbay Ana Lucia. Lazo Álvarez Jorge Aníbal. Características de la enfermedad trofoblástica en pacientes del área de gineco obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso. Tesis para obtener el título de Médico. Ecuador. Hospital Vicente Corral Moscoso.2016.
- 4.- Suarez Bendezú K.V. Patologías más frecuentes diagnosticadas por ecografía obstétrica en la primera mitad del embarazo en paciente atendidas en la institución Prestadora de servicios de salud. Tesis para optar el título de segunda especialidad. Lima. Jesús Maria Essalud.2016.
- 5.- Ramírez Borreo Zarella Roxana. Indicadores ecográficos asociados al desarrollo de aborto espontaneo durante el primer trimestre de gestación en el servicio de ginecología y obstetricia. Tesis para optar el título de Médico. Perú. Hospital II Ramon Castilla.2017.
- 6.- León Noreña Juan Carlos. Sensibilidad diagnostica de la ultrasonografía en pacientes con aborto incompleto. Tesis par optar el título de médico. Perú. Hospital Belén de Trujillo.2016.

- 7.- Huaranga Yalico Esmeralda. Cérvicometría ecográfica como valor predictivo de amenaza de parto pretérmino en edad gestacional de 24 a 34 semana. Tesis para Optar el título de Obstetra. Huánuco. Centro de Salud Carlos Showing Ferrari. Amarilis. 2014.
- 8.- Fonseca Huanca Dora. Valoración de la ecografía Obstétrica para el diagnóstico de circular de cordón en gestantes. Tesis para optar el título de 2da especialidad. Huánuco. Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano.2016.
- 9.- Inga H, huerta E, Limay A. guía técnica de ecografía básica obstétrica y ginecológica.2009
- 10.- Gary Cunningham F.,Levena K.Blom S, Hauth J., rouse J.,Spong C., William Obstetricia. Estados unidos editorial Macgrw-hill.2014
- 11.- Guías Nacionales de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva. Lima. Ministerio de Salud 2004 (305) P4 modulo II; tab; ilustr
- 12.- Norma Técnica de Salud Materna. NTS N° 105-MINSA/DGSP.V.01.Diciembre 2013
- 13.- Protocolo Screening ecografía fetal. Servicios de Medicina materno Infantil. Instituto Clínico de Ginecología, Obstetricia y neonatología, Hospital Clínica de Barcelona, Julio 2013.
- 14.- Texto guía en ecografía Obstétrica, para el desarrollo de programas de educación médica continuada en ultrasonido obstétrico de la unidad de medicina materno perinatal del departamento de obstetricia y ginecología de la Universidad Nacional de Colombia.

Facultad de Medicina de departamental de obstétrica y ginecología.  
Bogota.D.C.2013

15.- Mongrut S. Tratado de obstetricia Normal y Patológica Lima -Perú.  
Monpress.2000.

16.- Ministerio de salud Política Nacional de Calidad de salud. Lima.  
2009.

17.- Burgos D, Martínez P, Crespo A. Santa Cruz B. Determinación del  
sexo fetal en el primer trimestre de la gestación. Rev. Méd. Instituto  
(mex) 2012; 50(3):497-504-497.

18.- Tapia M, Orellana R, Cisterna P. tumores anexiales y embarazo.  
Revista Chilena Obstetricia y ginecología (chile) 2015 70(6): 391-394

19.- Estilos de Vida Saludable (en línea) EE.UU 2016 (actualizado 15-  
11-19) Fecha de Acceso (23-6-17). Disponible en:

20.- Dra. Marnet. "Patología definición" /CCM.salud11-2016, acceso  
27 de agosto 2017, disponible en: salud.com.net

21.- Rivera Navia María José. Pintado Abad, Sara Vanesa.  
"Frecuencia y Factores de Aborto en mujeres de 20 a 40 años en el  
Hospital Mariana de Jesús durante el periodo de enero y febrero del  
2017". Trabajo de titulación previo a la obtención del título de Médico.  
Ecuador Guayaquil: Hospital Mariana de Jesús; 2017.

22.- M.C. Mendoza Juárez, María Eugenia Margarita. Morbilidad y  
mortalidad en hemorragia obstétrica en el hospital de ginecología y  
obstetricia, instituto materno infantil del estado de México, IMIEM, en  
el periodo comprendido del 01 de julio 2011 al 01 de agosto 2012,  
Tesis para optar el Diploma de Postgrado de la especialidad den



ginecología y obstetricia, Toluca México: Instituto Materno Infantil del estado de México Hospital de Ginecología y Obstetricia; 2013

23.- Lozano Pilco, Brandy “Prevalencia de aborto incompleto en mujeres de 15- 35 años atendidas en el hospital regional de Loreto de enero a noviembre del 2016”. Tesis Para Optar el Título de Médico – Cirujano. Iquitos – Perú; 2017.

24.- Contreras Apolinario, Aquemi Sauri. “Principales patologías Gineco obstétricas en pacientes atendidas en el servicio de emergencia gineco obstétrica del HRHVM Huánuco abril- setiembre 2016” Tesis para optar el título profesional de obstetra. Huánuco – Perú; 2017

25.- Huertas Tacchino Erasmo medico gineco obstetra del INMP Lima Perú 2015

26.- Fescina R, De Mucio B, Ortiz EI, Jarquin D Guías para la atención de las principales emergencias obstétricas Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva \*\* Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología. OMS-OPS 2012

27.<http://www.perinatal.sld.cu/docs/presentaciones/emergenciasobstetricas.pdf>

28.- Guevara Rios, Enrique. Hemorragias de la primera mitad del embarazo. Rev Per Ginecol Obstet. 2010;56:13

29. Schwarcz R, Ricardo F, Duverges C. Obstetricia. 6th ed. Buenos Aires: El Ateneo; 2005.

30. BendeZú Martinez G. Gestación en edad avanzada. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2012 Agosto; 47(3).
31. Moro M, Málaga S, Madero M. Cruz. Tratado de Pediatría. 11th ed. Barcelona: Médica Panamericana S.A.; 2014.
32. Mongrut Steane A. Tratado de Obstetricia. 4th ed. Lima: Monpress; 2000.
33. Gómez Silva Ybeth Yessica nivel de conocimientos sobre las principales emergencias obstétricas: hemorragia durante el parto postparto y trastornos hipertensivos del embarazo en internos de obstetricia del INMPN enero - junio 2015"
34. Álvarez Escoto Karla Lucrecia, Ruíz Talavera Mario Jesús, en el hospital Victoria Matta en el año 2012,
35. UNICEF Mortalidad Materna 2013. Conferencia "Mortalidad materna, UNICEF Argentina .2013. [unicef.org/spanish/mdg/maternal.html](http://unicef.org/spanish/mdg/maternal.html).
36. Ferlin R, Mós Vaz-Oliani D, Oliani A, Jordão J, Mauad F, Cunha A. Leiomiomatose uterina na gravidez: o papel da ultrassonografia no diagnóstico e acompanhamento das gestantes. Uterine fibroids in pregnancy: the role of ultrasound in diagnosis and monitoring of pregnant wo. Revista brasileira de ultrassonografi a: rbus / sociedade brasileira de ultrassonografi a. - Ed. 16 (marc. 2014) Editor: sociedade brasileira de ultrassonografia

37. Soler P, De Lorenzo J. [En línea]. Ecografía de la Placenta, Cordón Umbilical y Líquido Amniótico. Evaluación ecográfica de la placenta, 2016. [Consultado el 09 de setiembre de 2016]. Disponible en: [http://www.sego.es/Content/pdf/libros/libro\\_sesego\\_2012\\_parte\\_2.pdf](http://www.sego.es/Content/pdf/libros/libro_sesego_2012_parte_2.pdf)
- 38 Rivera A. "Control Prenatal" [monografía en internet]\*. Universidad Nacional Autónoma de México. México: 2008. [Acceso 30 de octubre 2016]. Disponible en: <http://www.eneo.unam.mx/servicioseducativos/materialesdeapoyo/obstetricia1/TEMAS/CONPRENA.pdf>
39. . Altamirano Girano Angélica: Factores de alto riesgo asociados a hemorragia postparto inmediato en el hospital maría auxiliadora durante el 2009 -lima – Perú 2012
40. Rubio Ocampo Milagros del Rosario “factores de riesgo relacionados a histerectomía obstétrica en pacientes cesareadas atendidas en el hospital regional de Loreto, durante los años 2011-2014”– Iquitos Perú 2015
41. Álvarez Meza Carolina, “Memorias Curso de Actualización en Ginecología y Obstetricia Universidad de Antioquia - Facultad de Medicina Departamento de Obstetricia y Ginecología Hospital Universitario San Vicente Fundación, bl. 12 2º piso Calle 64 No. 51 D 154 Medellín - Colombia” disponible en [http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/ginecologia\\_y\\_obstetricia/article/view/17528](http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/ginecologia_y_obstetricia/article/view/17528)

42. López Ortín, Pablo. Yepes Carrillo, Ángeles. García Andrés, María Remedios. López Vázquez, Cristina. García Ré, María Elvira. Costa Andreo, Miguel. Diagnóstico, clínica y evolución de hematoma subamniótico de gran tamaño a propósito de un caso clínico- Hospital Rafael Méndez. Lorca. disponible en : [www.ginecologiamurciana.es/files/LORCA%20hematoma%20subamniotico.pdf](http://www.ginecologiamurciana.es/files/LORCA%20hematoma%20subamniotico.pdf)

43. Gonzales Rivera, Catalina, Médico General, Clínica Solón Núñez Frutos. REVISTA médica de costa rica y Centroamérica lxxviii (599) 495-498 2011. amenaza. de aborto. Disponible en: [www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/599/art19.pdf](http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/599/art19.pdf)

44. MARTINEZ CUEVAS, Mirtha; MARTINEZ NUZARELLO, Osvaldo; WATTIEZ, Carlos Raúl y LOPEZ FERNANDEZ, Roberto. Embarazo ectópico. Rev Cubana Obstet Ginecol [online]. 1998, vol.24, n.1, pp. 13-17. ISSN 1561-3062

45. Bonino Anna, Gómez Paula, Cetraro Laura, Etcheverry Gonzalo, Pérez Walter. Malformaciones congénitas: incidencia y presentación clínica. Arch. Pediatr. Urug. [Internet]. 2006 Oct [citado 2018 Abr 06] ; 77( 3 ): 225-228. Disponible en: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-12492006000300003&lng=es](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492006000300003&lng=es)

# **ANEXOS**

HOSPITAL REGIONAL "HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO" HUÁNUCO.

N°011929

SOLICITA: Permiso Para Realizar Trabajo de Investigación

SEÑOR DIRECTOR DEL HOSPITAL REGIONAL "HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO" HUÁNUCO.

GARCIA	PONCE	MARY LUZ
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)
22489957	Jr INDEPENDENCIA	1371
N° de L.E. o DNI	Domicilio	

Ante Ud., con todo respeto me presento y expongo:

Qué, habiendo culminado mis estudios de la Segunda Especialidad en Obstetricia con mención monitores perinatal y ecografía obstétrica en la Universidad de Huánuco; solicito a Ud permiso para realizar trabajo de investigación titulado "PATOLOGIAS MAS FRECUENTES DIAGNOSTICADAS POR ECOGRAFIA OBSTETRICA DURANTE LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO EN EL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO -HUANUCO ENERO A JUNIO 2017".

Por lo expuesto:

A Ud.; Señor Director, agradeceré acceder a mi petición, por ser de justicia.

- Recibo de pago por derecho de pago.

Para tal efecto adjunto: - Copia de DNI

- Copia de resolución n° 1975-2017-D-FCS-UBH (designa asesora Tesu)

- Copia de resolución n° 002-2018-D-FCS-UBH (designa jurado revisor)

- CO con el contenido de mi proyecto

Huánuco, 28 de Febrero del 2018

